



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พ.ศ. 2560 – 2564



ฉบับปรับปรุงวันที่ 19 กันยายน 2559

บทสรุปผู้บริหาร

แผนปฏิบัติการ 5 ปี โรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี (พ.ศ. 2560 – 2564) เป็นแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี ที่ทำขึ้นเพื่อกรอบแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อการบรรลุเป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี ที่ว่า “โรงพยาบาลแห่งอนาคต เป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คุณภาพโดดเด่น สมรรถนะสูง สู่อัจฉริยะภาพระดับชาติ”

โดยมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับนโยบายของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข การกำหนดทิศทาง หรือแผนปฏิบัติการดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการที่หลากหลาย ทั้งการทบทวนบริบทการเปลี่ยนแปลงด้านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการของกรมการแพทย์และของประเทศ การวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี การวิเคราะห์บริบทของสิ่งแวดล้อมภายนอก การสำรวจความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์เพื่อค้นหาข้อมูลในการควบคุม ป้องกัน ปรับปรุง และแก้ไขความเสี่ยงที่อาจจะมีผลต่อการบรรลุยุทธศาสตร์ การตรวจสอบความเชื่อมโยงกับนโยบายของกรมการแพทย์ จากนั้นได้นำมากำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ ผลผลิต ตัวชี้วัด ตลอดจนแผนงาน/โครงการ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดไว้นำมาพิจารณาพิจารณาโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน และเสนอต่อผู้บริหารให้ความเห็นชอบตามลำดับ สำคัญของแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี พ.ศ. 2560 – 2564 มีดังนี้

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลแห่งอนาคต เป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คุณภาพโดดเด่น
สมรรถนะสูง คู่องค์การสุขภาพระดับชาติ”

พันธกิจ

- (1) วิจัย พัฒนาสร้างผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการแพทย์ รองรับความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ และพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
- (2) ถ่ายทอดเทคโนโลยีทางสุขภาพ พัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ บริการ และการบริหารแก่เครือข่ายเขตสุขภาพ
- (3) จัดบริการทางการแพทย์โรคมะเร็งในระดับซับซ้อน ยุ่งยาก อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ในระดับที่เป็นเลิศ
- (4) ให้การฝึกอบรม และพัฒนาศักยภาพทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน รองรับความต้องการของพื้นที่เขตสุขภาพ และประเทศ
- (5) พัฒนาโรงพยาบาลให้มีสมรรถนะสูง มีความเข้มแข็งในระบบคุณภาพ และเป็นสถาบันสุขภาพระดับชาติที่มีมาตรฐานสมคุณค่ากรมการแพทย์

ประเด็นยุทธศาสตร์

- (1) การพัฒนาสู่ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญวิชาการด้านมะเร็งวิทยา
- (2) การพัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหารของเครือข่ายสุขภาพที่มีมาตรฐาน
- (3) การร่วมแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างบูรณาการ
- (4) การยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นเลิศ สมคุณค่าเชี่ยวชาญชั้นสูง
- (5) การพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์การสุขภาพระดับชาติ
- (6) การพัฒนาองค์กร บุคลากร รองรับการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สมรรถนะสูงที่พึ่งตนเองได้ ยั่งยืน

เป้าประสงค์

- (1) ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง
- (2) เครือข่ายสุขภาพมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน ปัญหาโรคมะเร็งที่สำคัญในเขตพื้นที่ลดลง

- (3) ประชาชนในเขตบริการได้รับการส่งเสริม ป้องกันจากโรคมะเร็ง เมื่อเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคด้วยความเชี่ยวชาญชั้นสูง โดยบูรณาการเครือข่าย นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของปัญหาโรคมะเร็งของพื้นที่ลดลง
- (4) โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีมีความเป็นเลิศ และมีคุณภาพมาตรฐานด้านการบริการโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งศีรษะและลำคอ ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการแพทย์สูงระดับประเทศ
- (5) โรงพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ที่สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ตามเกณฑ์กรมการแพทย์
- (6) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบุคลากรที่สนับสนุนมีความเป็นมืออาชีพ นำไปสู่การยอมรับของเครือข่าย
- (7) โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานสากลผ่านรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA /JCI) ผ่านการรับรองมาตรฐานการบริหารระดับสากลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)

แนวทางการแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ

- (1) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ จัดประชุมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และกลวิธีนำแผนลงสู่ระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน/ฝ่าย และบุคคล เพื่อให้บุคลากรทุกระดับได้รับทราบและเกิดทักษะในการนำไปปฏิบัติ
- (2) พัฒนาการสื่อสารภายในองค์กร เพื่อประชาสัมพันธ์แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ให้บุคลากรได้รับทราบโดยทั่วกันด้วยรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ ทางเว็บไซต์ อินทราเน็ต เป็นต้น
- (3) เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และการจัดหาทรัพยากรสนับสนุนการพัฒนา
- (4) บริหารจัดการความรู้เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน
- (5) พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ให้บรรลุผล โดยการร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เกิดความล่าช้าพร้อมทั้งกำหนดแนวทางแก้ไขปรับปรุง
- (6) ฝ่ายแผนงานและประเมินผล ทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลลพบุรี (รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน)

คำนำ

ด้วย โรงพยาบาลมะเร็ंगลพบุรี ได้มีการทบทวนแผนกลยุทธ์โรงพยาบาลขึ้น เป็นแผนกลยุทธ์โรงพยาบาลมะเร็ंगลพบุรี พ.ศ. 2560- 2564 เพื่อให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการพัฒนาองค์กร การบริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิ รวมถึงการแก้ปัญหาภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์องค์กร SWOT Analysis ตลอดจนมีการวิเคราะห์ศักยภาพและผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของตนเอง เทียบเคียงกับสถานบริการในระดับเดียวกัน พร้อมทั้งบูรณาการนโยบายของกรมการแพทย์ และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่ได้บัญญัติไว้ คือ การส่งเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

การพัฒนากลยุทธ์ให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพทุกสาขา ทุกระดับในองค์กรโดยเฉพาะทีมผู้บริหารเป็นตัวจักรที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนแผนงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะต้องมีการรับ - ส่งต่อเชื่อมโยงตัวชี้วัดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งติดตาม - ประเมินผล - ทบทวน - พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	8
1.1 เหตุผลความจำเป็นในการจัดทำแผน	8
1.2 วัตถุประสงค์	8
1.3 ระยะเวลาของแผน	9
1.4 ภาพรวมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	9
- แผนภาพการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	10
แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ครบวงจรตามหลัก Balanced Scorecard	
บทที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และสภาพการณ์สุขภาพโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	11
2.1 ประวัติโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	11
2.2 อัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	20
2.3 การให้บริการของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 – 2558	30
2.4 โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	34
บทที่ 3 ทิศทางการพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2560 – 2564	35
3.1 ทิศทางการพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีตามนโยบาย	35
3.2 จุดยืนการพัฒนายุทธศาสตร์ พ.ศ. 2560 – 2564	39
3.3 การประเมินศักยภาพและสภาพแวดล้อมขององค์กรต่อ	42
การขับเคลื่อนจุดยืนทางยุทธศาสตร์	
บทที่ 4 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พ.ศ. 2560 – 2564	51
4.1 วิสัยทัศน์	51
4.2 พันธกิจตามยุทธศาสตร์ (Mission)	53
4.3 เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)	53
4.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	53
4.5 เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)	54
4.6 กลยุทธ์	61
บทที่ 5 แผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์	91
5.1 แผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	91
5.2 โครงการแบบย่อ (Project Brief)	112
บทที่ 6 ตัวชี้วัด	

บทที่ 1 บทนำ

1.1 เหตุผลความจำเป็นในการจัดทำแผน

การบริหารงานยุทธศาสตร์แบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์นั้น เป็นกระบวนการสำคัญในการขับเคลื่อนให้วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการดำเนินงานของหน่วยงาน บรรลุผลตามที่ตั้งไว้การบริหารงานยุทธศาสตร์เพื่อให้ประสบผลสัมฤทธิ์ จะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการหลายขั้นตอน โดยทั้งนี้จะต้องอาศัยความเชื่อมโยง ความสอดคล้อง และการติดตามพัฒนางานอย่างต่อเนื่องของนโยบายแผนปฏิบัติการ รวมไปถึงกรอบการประเมินผลตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้นำรูปแบบการบริหารงานยุทธศาสตร์เข้ามาใช้ในการบริหารจัดการองค์กรอย่างต่อเนื่อง และได้มีการศึกษา ปรับปรุง พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ที่จะตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพในระดับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาองค์กรและการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพบรรลุผลสัมฤทธิ์ แต่จากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่ผ่านมายังพบว่า การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยังไม่ได้ดำเนินการจนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่พึงประสงค์ ประกอบกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและได้เข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพิ่มขึ้น และการปรับเปลี่ยนนโยบายของกรมการแพทย์ที่เน้นความสำคัญของการเป็น National Health Authority: NHA

ดังนั้นเพื่อเตรียมรับการเติบโตในอนาคต และพัฒนาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมของประเทศ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถนำศักยภาพโรงพยาบาลและบุคลากรที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ให้เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์อย่างสมบูรณ์บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานตามภารกิจ โรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีใหม่ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564 ขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์

- (1) เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
- (2) เพื่อกำหนดกรอบทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ
- (3) เพื่อส่งเสริมการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการบริหารองค์กร

1.3 ระยะเวลาของแผน

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีกรอบระยะเวลาของแผน ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของหน่วยงานในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่องค์กรกำหนดท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสภาพการณ์ทั้งภายในและภายนอก เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

1.4 ภาพรวมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ภายหลังจากที่ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้มีการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา พ.ศ.2556 – 2558 โดยได้ต่อยอดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พ.ศ. 2559 – 2563 (ปรับปรุง : พฤศจิกายน 2558) และปรับปรุงเพิ่มความสมบูรณ์แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พ.ศ. 2560 – 2564 โดยการสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมเชิงยุทธศาสตร์ การเชื่อมโยงการดำเนินงานยุทธศาสตร์กับการมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย การสร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ การจัดการความรู้เพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การเชื่อมโยงความสมดุลทรัพยากรทางยุทธศาสตร์ ทบทวนภารกิจ และโครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ที่เน้นยุทธศาสตร์พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารทางยุทธศาสตร์จัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นยุทธศาสตร์การยกระดับภาวะผู้นำแก่ทีมบริหารซึ่งในภาพรวมของการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอน 1 การศึกษาความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ (Strategic Need Analysis)

ขั้นตอน 2 การกำหนดจุดยืนการพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Positioning)

ขั้นตอน 3 การประเมินศักยภาพขององค์กรการประเมินศักยภาพขององค์กร (TOW's Matrix)

ขั้นตอน 4 การกำหนดทิศทางการพัฒนาวิสัยทัศน์

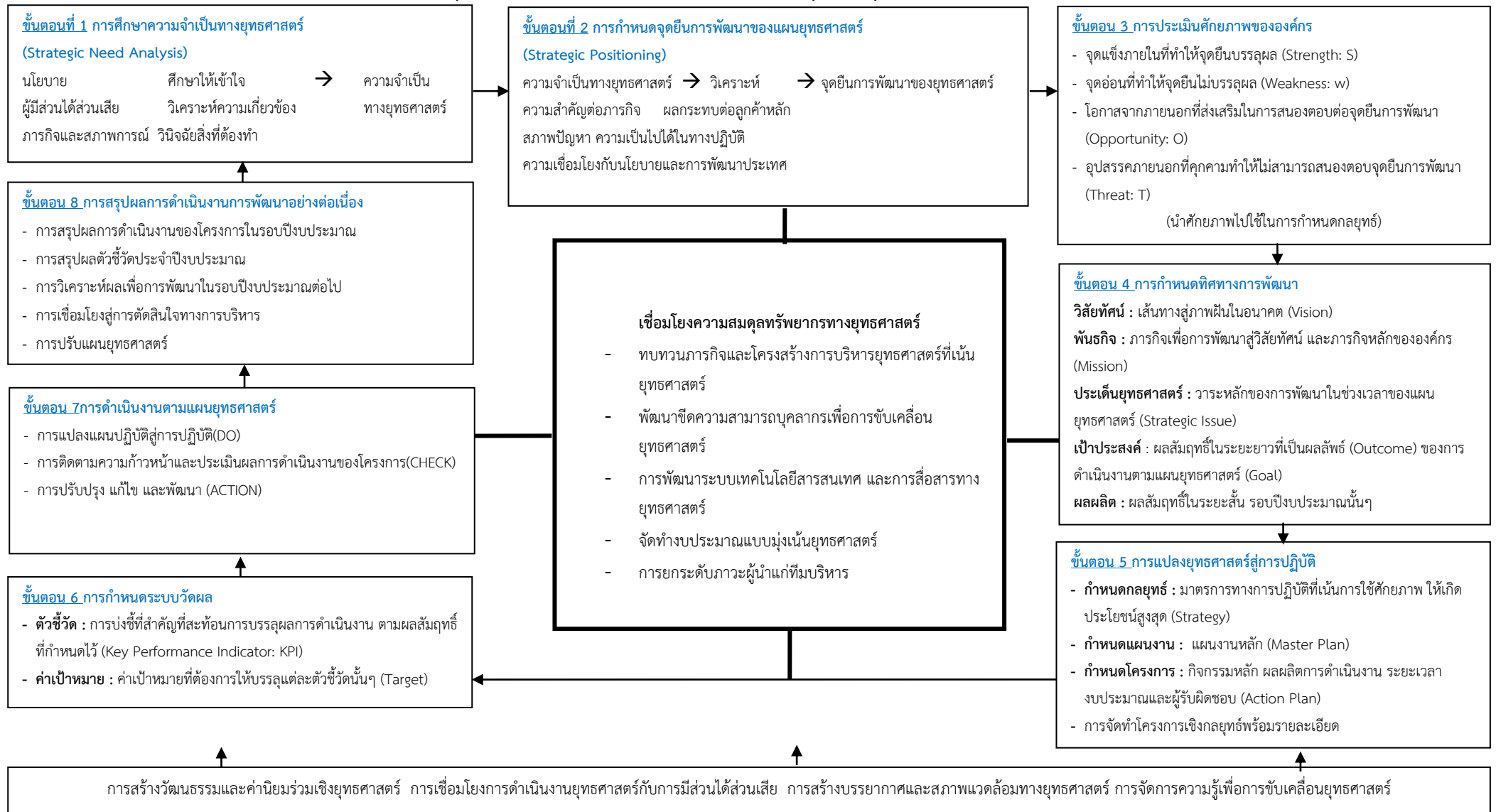
ขั้นตอน 5 การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติกำหนดกลยุทธ์

ขั้นตอน 6 การกำหนดระบบวัดผล-ตัวชี้วัด

ขั้นตอน 7 การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

ขั้นตอน 8 การสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แผนภาพการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ครบวงจรตามหลัก Balanced Scorecard



บทที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และสภาพการณ์สุขภาพ

2.1 ประวัติโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

อดีตจารึก

พ.ศ. 2527 ร้อยตำรวจเอกนายแพทย์สง ศรีสุภาพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี ได้รับการอนุมัติจากกรมธนารักษ์ โดยความยินยอมของกองทัพบก ให้ใช้ที่ราชพัสดุ บริเวณตรงข้ามโรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลลพบุรีได้เสนอร่างโครงการจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็งในเขต 1 บนพื้นที่ดังกล่าว แต่ในขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณที่จะสนับสนุน

ต่อมาปลายปี พ.ศ. 2529 จังหวัดลพบุรี ได้เสนอร่างโครงการจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็ง ไปยังรองนายกรัฐมนตรี พลเอกเทียนชัย ศิริสัมพันธ์ เพื่อขอความช่วยเหลือจากประเทศฝรั่งเศส ในวาระที่ประเทศไทยได้เจริญสัมพันธไมตรีกับประเทศฝรั่งเศส มาเป็นเวลา 300 ปี และได้เสนอความคิดเห็นสนับสนุนโครงการดังกล่าวไปยังกระทรวงสาธารณสุข

กลางปี พ.ศ. 2530 นายเทิดพงษ์ ไชยนันท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ ซึ่งขณะนั้น นายแพทย์ณรงค์ สดุดี เป็นอธิบดีกรมการแพทย์ พิจารณาโครงการ และเห็นควรสนับสนุน ต่อมาที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบในหลักการจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็ง และมอบหมายให้กองโรงพยาบาลภูมิภาคพิจารณาหน่วยงานที่สมควรรับผิดชอบ ซึ่งกองโรงพยาบาลได้มอบให้กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง โดยประสานกับโรงพยาบาลลพบุรี



3 ตุลาคม พ.ศ. 2530 กรมการแพทย์ ได้มอบให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นผู้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่จังหวัดลพบุรี

พ.ศ. 2531 ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยเรือโทนายแพทย์พิสิษฐ์ พันธุมจินดา ได้เสนอโครงการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งส่วนภูมิภาค ตามแนวคิดของนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ (ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ คนแรก) ไปยังกระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2532 คณะรัฐมนตรีได้ลงมติอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริมส่วนภูมิภาค ดังนั้นสถาบันเริมแห่งชาติ จึงได้ตั้งคณะกรรมการวางแผนจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริมส่วนภูมิภาค โดยขั้นแรกให้จัดตั้ง 3 จังหวัดก่อน คือ

1. ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริม จังหวัดอุบลราชธานี
โดยมีเรืออากาศเอกนายแพทย์สิริศักดิ์ ฐริพัฒน์ รับผิดชอบ
2. ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริม จังหวัดชลบุรี
โดยมีนายแพทย์กิติ จินดาวงศ์กษณ์ รับผิดชอบ
3. ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริม จังหวัดลพบุรี
โดยมี นายแพทย์สุทธิเฉลิม จำเริญงาน รับผิดชอบ



ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริม จังหวัดลพบุรี เริ่มก่อสร้างในปี พ.ศ. 2533 บนพื้นที่ราชพัสดุในความดูแลของมณฑลทหารบกที่ 13 จังหวัดลพบุรีจำนวน 17 ไร่ 3 งาน แล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2536 และในปี พ.ศ. 2538 ระบบสาธารณูปโภคเสร็จเรียบร้อย โดยมีเจ้าหน้าที่ชุดแรกเข้าปฏิบัติงานจำนวน 23 คนเพื่อเตรียมการให้บริการแก่ประชาชนโดยการนำของนายแพทย์สุทธิเฉลิมจำเริญงานผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเริมจังหวัดลพบุรีซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเริมของภูมิภาคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และศึกษาทางระบาดวิทยาให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ท้นต่อเหตุการณ์ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคเริม
2. ดำเนินการทางด้านการค้นหาโรคเริมระยะเริ่มแรก โดยให้การตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้อง เหมาะสม
3. ศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการเกิดโรคเริม
4. ส่งเสริมให้สุศึกษาแก่ประชาชนในท้องถิ่นอย่างถูกต้อง และเหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปของโรคเริม
5. ส่งเสริม ป้องกัน และพัฒนาวิชาการแพทย์เฉพาะด้านโรคเริมในเขตความรับผิดชอบ
6. เป็นเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเริม ของสถาบันเริมแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

รับผิดชอบประชากร ในเขตพื้นที่จังหวัด ได้แก่จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดชัยนาท จังหวัดนครนายก และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

11 ธันวาคม พ.ศ. 2538 เริ่มเปิดให้บริการตรวจวินิจฉัย ค้นหาคัดกรองโรคมะเร็งประเภทผู้ป่วยนอก และเปิดรับผู้ป่วยใน จำนวน 30 เตียง ต่อมาในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2539 ขยายการให้บริการการรักษา โรคมะเร็ง ด้านรังสีรักษา เคมีบำบัด การผ่าตัด และเปิดรับผู้ป่วยในเพิ่มเป็น 64 เตียงในปี พ.ศ. 2542

และวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2543 ได้มีพิธีเปิดศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลพบุรีอย่างเป็นทางการโดยพระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา



พ.ศ. 2545 ได้เปลี่ยนชื่อศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี เป็น ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี

พ.ศ. 2551 มูลนิธิโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยการนำของคุณวัชร เทียนสุวรรณ ประธานมูลนิธิฯ ได้รับมอบเหรียญพระพุทธรูปชินราช เหรียญแม่ แบบฉบับวัดสุทัศน์เทพวรารามจากคุณสิทธิกร บุญฉิม ประธาน บริษัท ไดมอนด์ ฮิลล์ จำกัด เพื่อมอบให้กับประชาชนที่บริจาคทรัพย์ในการก่อสร้างอาคารปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง และจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้กับโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นเงินที่ได้จากการบริจาคของผู้มีจิตศรัทธา จำนวนทั้งสิ้น 120,521,565.85 บาท

พ.ศ. 2555 กรมการแพทย์ ได้มีคำสั่งที่ 352/2555 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2555 ให้ชื่อ “ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี” เป็น “โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี”



บันทึกปัจจุบัน

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นหน่วยงานระดับตติยภูมิ และสูงกว่าตติยภูมิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง เปิดให้บริการใน พ.ศ.2538 พื้นที่รับผิดชอบตามกฎหมายกระทรวง และคำสั่งกรมการแพทย์ 412 / 2552 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552 จำนวน 12 จังหวัดบริเวณภาคกลางตอนบนคือ ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง สุพรรณบุรี ชัยนาท อุทัยธานี นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ ชัยภูมิ และเพิ่มเติมอีก 4 จังหวัด ตามเขตพื้นที่บริการ ได้แก่ นนทบุรี นครนายก ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา มีประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 11,190,611 คน (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2558 ที่มา งานทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย) เป็นสถานพยาบาลขนาด 200 เตียง สามารถเปิดให้บริการจริงได้ 190 เตียง (ณ มิถุนายน 2559) โดยแบ่งเป็น หอผู้ป่วยพิเศษ 36 เตียง หอผู้ป่วยประคับประคอง 18 เตียง หอผู้ป่วยสามัญ 128 เตียง และหอผู้ป่วยหนัก 8 เตียง เปิดให้บริการตรวจค้นหาคัดกรองโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก และบริการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่ประจำอยู่ตามคลินิกต่างๆ อาทิเช่น คลินิกนรีเวชและส่องกล้องตรวจภายใน คลินิกเต้านม และไทรอยด์ คลินิกทางเดินอาหารและส่องกล้อง คลินิกศัลยกรรม คลินิกอายุรกรรมและคลินิกหูดอกุม



โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามกฎหมายกระทรวง ดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
3. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง
4. ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
5. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

และมีหน้าที่หน้าที่ตามคำสั่งกรมการแพทย์ 412 / 2552 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552 ดังนี้

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ
2. จัดระบบการให้บริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. รวบรวมข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง และจัดทำทะเบียนมะเร็งในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ
4. สนับสนุนภารกิจด้านพัฒนาวิชาการ การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเพิ่มพูนความรู้ทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. พัฒนาวิชาการ และประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ

เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2554 ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ปี พ.ศ. 2556 แพทย์สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักจบการศึกษากลับมา ปฏิบัติงานและรับงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ในการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานผ่านกล้อง ซึ่งช่วยเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ให้สามารถทำการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องได้

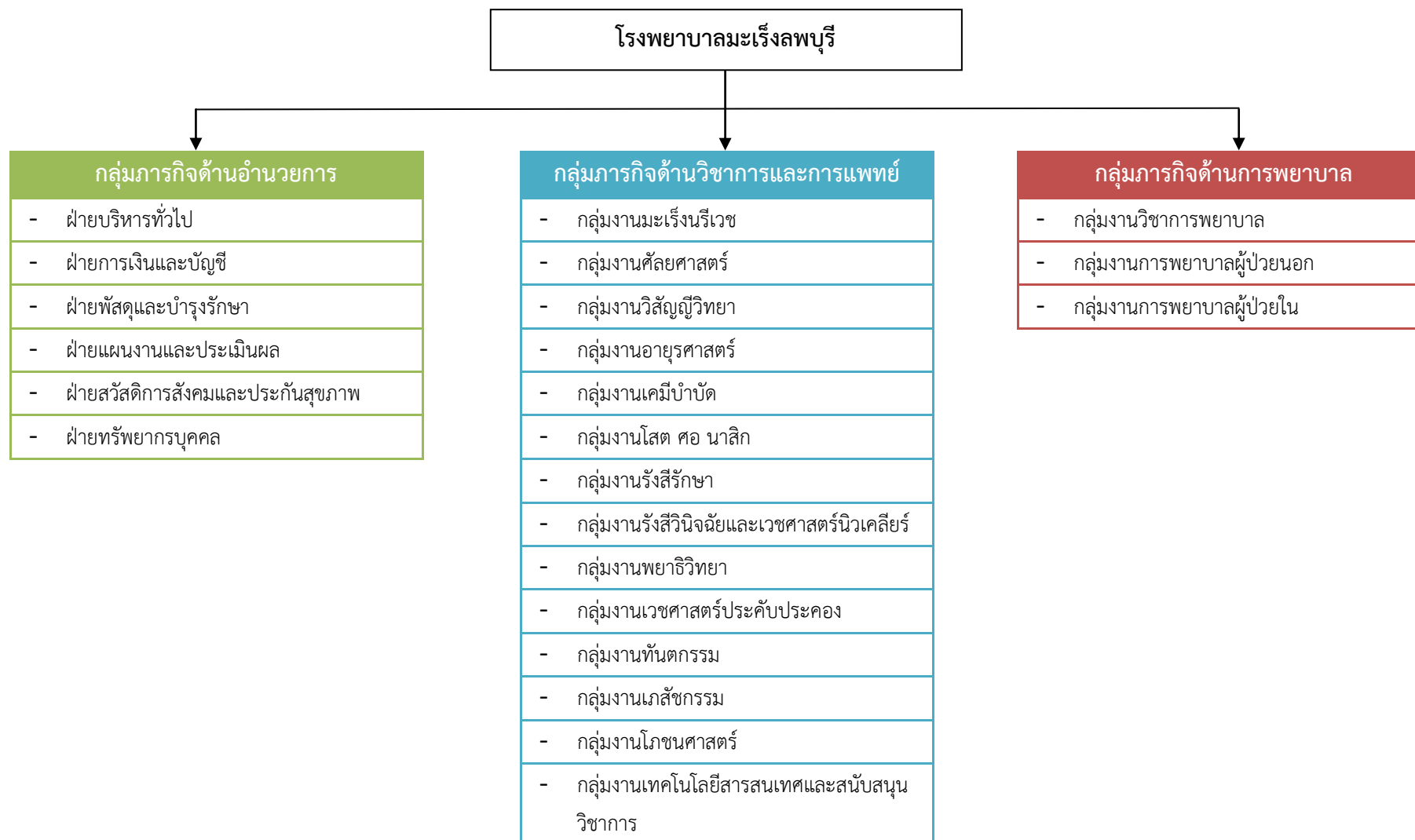
ปี พ.ศ. 2557 การก่อสร้างอาคารรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ จำนวน 6 ชั้น พร้อมห้องฉายรังสีจำนวน 3 ห้อง โดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ทำให้โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีสามารถขยายงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เพิ่มขึ้น ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทางรังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และเคมีบำบัด โดยอาคารนี้จะมีหอผู้ป่วย Palliative จำนวน 22 เตียง และหอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัด จำนวน 23 เตียง



ทำเนียบผู้อำนวยการ

พ.ศ.2535 – พ.ศ.2538	นายแพทย์สุทธิเฉลิม จำเริญงาน	
พ.ศ.2538 – พ.ศ.2540	นายแพทย์กิตติ จินดาวิจักษณ์	
พ.ศ.2540 – พ.ศ.2554	นายแพทย์ชัยพร กันกา	
พ.ศ.2555 – พ.ศ.2557	นายแพทย์ธนู ลอบันดิส	
พ.ศ.2558 – ปัจจุบัน	นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบูลย์	

2.2 โครงสร้างการแบ่งงานภายใน



2.3 กำลังคนที่มีอยู่เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (ที่มี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

	เกณฑ์ระดับ (ณ 16 มิถุนายน 2559)				จำนวนที่มีอยู่ (คน)
	1+	1	2	3	
ด้านพยาธิวิทยา					
Pathologist	> 3 คน Specialized organ pathologist >3 ด้าน	2 คน	1 คน	-	0
Cytotechnologist	> 5 คน	3 - 4 คน	1 - 2 คน	-	3
Medical technologist (AP, CP)	> 7 คน	5 - 6 คน	3 - 5 คน	1 - 2 คน	11
ด้านรังสีวินิจฉัย					
รังสีแพทย์ (Diagnostic Radiologist)	15 คน	10 คน	8 คน	3 คน	3
นักรังสีการแพทย์	20 คน	15 คน	10 คน	5 คน	8
พยาบาลวิชาชีพ	4 คน	3 คน	2 คน	1 คน	1
ด้านผ่าตัด					
General surgeon	ตามภาระงาน บริการทาง ศัลยกรรมของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง ศัลยกรรมของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง ศัลยกรรมของ โรงพยาบาล	1 - 2 คน ผ่านการอบรม เคมีบำบัด สำหรับมะเร็ง เต้านม และ มะเร็งลำไส้	2
Surgical Oncologist	≥ 6 คน	3 - 5 คน	1 - 2 คน	-	1
Urologist	≥ 5 คน	3 - 4 คน	1 - 2 คน	-	0
Neurosurgeon	≥ 5 คน	3 - 5 คน	1 - 2 คน	-	0
Colorectal surgeon	≥ 5 คน	3 - 5 คน	1 - 2 คน	-	0
CVT surgeon	> 3 คน	1 - 2 คน	-	-	0
Pediatric surgeon	> 3 คน	1 - 2 คน	-	-	0
Obstetric- gynecologist	ตามภาระงาน บริการทางสูติ นรีเวชของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทางสูติ นรีเวชของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทางสูติ นรีเวชของ โรงพยาบาล	1 - 2 คน	0
Gynecologic oncologist	> 3 คน	2 คน	1 คน	-	0
Otolaryngologist	ตามภาระงาน บริการทางโสต ศอ นาสิกของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทางโสต ศอ นาสิกของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทางโสต ศอ นาสิกของ โรงพยาบาล	-	0

	เกณฑ์ระดับ				จำนวนที่มีอยู่ (คน)
	1+	1	2	3	
Head & Neck surgeon	≥ 3 คน	1 - 2 คน	-	-	2
Dentist	ตามภาระงาน บริการทาง ทันตกรรมของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง ทันตกรรมของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง ทันตกรรมของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง ทันตกรรมของ โรงพยาบาล	2
Maxillofacial surgeon	≥ 2 คน	1 คน	-	-	0
Anesthesiologist	ตามภาระงาน บริการทาง วิสัญญีของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง วิสัญญีของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง วิสัญญีของ โรงพยาบาล	ตามภาระงาน บริการทาง วิสัญญีของ โรงพยาบาล	2
Pain specialist	≥ 2 คน	1 คน	-	-	0
พยาบาล	พยาบาลห้อง ผ่าตัด วิสัญญี พยาบาล พยาบาลเฉพาะ ทางตาม มาตรฐาน เครื่องมือและ ภาระงานของ โรงพยาบาล Cancer nurse coordination และ Palliative care nurse จำนวนตาม ภาระงานของ โรงพยาบาล	พยาบาลห้อง ผ่าตัด วิสัญญี พยาบาล พยาบาลเฉพาะ ทางตาม มาตรฐาน เครื่องมือและ ภาระงานของ โรงพยาบาล Cancer nurse coordination และ Palliative care nurse จำนวนตาม ภาระงานของ โรงพยาบาล	พยาบาลห้อง ผ่าตัด วิสัญญี พยาบาล พยาบาลเฉพาะ ทางตาม มาตรฐาน เครื่องมือและ ภาระงานของ โรงพยาบาล Cancer nurse coordination และ Palliative care nurse จำนวนตาม ภาระงานของ โรงพยาบาล	พยาบาลห้อง ผ่าตัด วิสัญญี พยาบาล พยาบาลเฉพาะ ทางตาม มาตรฐาน เครื่องมือและ ภาระงานของ โรงพยาบาล Cancer nurse coordination และ Palliative care nurse จำนวนตาม ภาระงานของ โรงพยาบาล	พยาบาลห้อง ผ่าตัด = 10คน วิสัญญีพยาบาล = 8คน
ด้านเคมีบำบัด					
Medical oncologist	> 6 คน ตาม Specialized organ medical oncologist และ จำนวน ผู้ป่วย	3 - 5 คน	1 - 2 คน	-	1
Hematologist or hemato- oncologist	> 3 คน	1 - 2 คน	-	-	0

	เกณฑ์ระดับ				จำนวนที่มีอยู่ (คน)
	1+	1	2	3	
Pediatric hemato-oncologist	1 - 2 คน	1 - 2 คน	-	-	0
Pharmacist	ตามภาระงานบริการทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาล	ตามภาระงานบริการทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาล	ตามภาระงานบริการทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาล	ตามภาระงานบริการทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาล	13 (ปฏิบัติงานเตรียมยาเคมีบำบัด12คน)
Chemo compounding pharmacist	≥ 7 คน	5 - 6 คน	3 - 5 คน	1 - 2 คน	
พยาบาล	พยาบาลเฉพาะทางผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งหรือ หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยเคมีบำบัด ตามมาตรฐานและภาระงานการบริการทางการพยาบาลเคมีบำบัดของโรงพยาบาล	พยาบาลเฉพาะทางผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งหรือ หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยเคมีบำบัด ตามมาตรฐานและภาระงานการบริการทางการพยาบาลเคมีบำบัดของโรงพยาบาล	พยาบาลเฉพาะทางผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งหรือ หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยเคมีบำบัด ตามมาตรฐานและภาระงานการบริการทางการพยาบาลเคมีบำบัดของโรงพยาบาล	พยาบาลเฉพาะทางผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งหรือ หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยเคมีบำบัด ตามมาตรฐานและภาระงานการบริการทางการพยาบาลเคมีบำบัดของโรงพยาบาล	13
ด้านรังสีรักษา					
รังสีแพทย์ (Interventional Radiologist)	4 คน	2 คน	-	-	1
นักรังสีการแพทย์	4 คน	2 คน	-	-	บุคลากรทำงานร่วมกับด้านรังสีวินิจฉัย
พยาบาลวิชาชีพ	4 คน	2 คน	-	-	1

	เกณฑ์ระดับ				จำนวนที่มีอยู่ (คน)
	1+	1	2	3	
ด้านรังสีรักษา					
แพทย์รังสีรักษา (1.5-2 คน/เครื่องฉายรังสี)	6 - 10 คน หรือมากกว่าขึ้นกับ ความสามารถในการให้บริการ เทคนิคขั้นสูงที่ซับซ้อนและ จำนวนผู้ป่วยหรือใช้การบริหาร บุคลากรให้เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิง ปริมาณและคุณภาพระดับ 1+	2 - 5 คน	-	-	4
นักฟิสิกส์รังสีรักษา (1-1.5 คน/เครื่องฉายรังสี)	5 - 9 คน หรือมากกว่าขึ้นกับ ความสามารถในการให้บริการ เทคนิคขั้นสูงที่ซับซ้อนและ จำนวนผู้ป่วย จำนวนเครื่องมือ หรือใช้การบริหารบุคลากรให้ เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและ คุณภาพระดับ 1+	1 - 4 คน	-	-	7
นักรังสีการแพทย์ทางรังสีรักษา 2 คน/เครื่อง simulator, brachytherapy และเครื่องฉาย รังสีเทคนิค 2D, 3D-CRT 3 คน/เครื่องฉายรังสีเทคนิค IMRT, VMAT, SRS/SRT/SBRT	>13 คน ขึ้นกับจำนวนเครื่องมือ จำนวนผู้ป่วย หรือใช้การบริหารบุคลากรให้ เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและ คุณภาพระดับ 1+	4 - 12 คน	-	-	6
พยาบาลรังสีรักษา ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาล เฉพาะโรคมะเร็งหรือทางรังสีวิทยา	6 - 8 คนหรือมากกว่าขึ้นกับ จำนวนผู้ป่วย จำนวนแพทย์ ความสามารถในการให้บริการใน เทคนิคต่างๆที่หลากหลาย	2 - 5 คน			10
ด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์					
แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์	2 - 3 คน	1 คน	-	-	1
นักฟิสิกส์การแพทย์ เวชศาสตร์นิวเคลียร์	1 - 2 คน	1 คน	-	-	1
นักรังสีการแพทย์ เวชศาสตร์นิวเคลียร์	4 คน	2 คน	-	-	2
พยาบาลเวชศาสตร์นิวเคลียร์ผ่าน การอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะ ทางรังสีวิทยา	2 คน	1 คน	-	-	2

2.4 ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ.2554 – 2558

(ที่มา : งานข้อมูล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี)

รายการ	หน่วยนับ	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
1. จำนวนเตียง	เตียง	176	168	168	174	181
2. จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (มะเร็ง)	ราย	75,982	83,982	92,082	91,632	136,762
3. ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (ที่มาบริการรพ.)	ราย	3,625	3,955	3,818	4,032	3,842
4. การตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรก	ราย	8,822	7,815	8,446	7,365	7,010
5. จำนวนผู้ป่วยใน	ราย	5,944	6,362	6,997	6,805	6,503
5.1 ยกมาจากเดือนที่แล้ว	ราย	1,556	1,618	1,645	1,618	1,639
5.2 รับไว้เดือนนี้	ราย	4,388	4,744	5,352	5,187	4,864
6. จำนวนวันอยู่ในโรงพยาบาล	คน-วัน	47,128	49,531	5,218	48,426	46,729
7. อัตราการครองเตียง	ร้อยละ	73	81	82	76	71
8. ระบบส่งต่อ	ราย	4,047	3,794	5,173	5,178	5,278
8.1 จำนวนผู้ป่วยส่งต่อที่รับไว้รักษา	ราย	3,302	3,128	4,750	4,808	4,977
8.2 จำนวนผู้ป่วยส่งต่อที่ส่งไปรักษา	ราย	745	666	423	370	301
9. การตาย						
9.1 ผู้ป่วยตายทั้งหมด	ราย	78	89	97	87	77
9.2 อัตราตายทั้งหมด	ราย/ ผู้ป่วย DC1000	18	20	19	17	16
10. การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย	ราย	1,651	1,309	1,658	1,236	1,373
11. การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตบำบัดและสังคม	ราย	N/A	N/A	3,520	4,583	2,738
12. การให้บริการสังคมสงเคราะห์	ราย	404	272	496	586	510
13. การบริการตรวจวินิจฉัยด้านรังสีวินิจฉัย						
- CT	ส่วน	10,576	11,749	12,317	15,177	15,685
- Mammogram	ราย	4,861	4,259	5,467	5,813	6,740
- Ultrasound	ราย	1,710	1,481	1,237	1,400	1,594
- เอกซเรย์ทั่วไป	ราย	16,107	16,160	17,720	16,757	15,585
- Mamotome	ราย	12	10	6	5	0
- Liver Biopsy	ราย	21	47	46	56	89
- Lung Biopsy	ราย	72	76	66	77	61
- Lung Biopsy Under CT	ราย	0	0	0	70	109
14. การบริการเวชศาสตร์นิวเคลียร์	ราย				1,489	1,341
- Thyroid scan	ราย	20	24	36	60	71
- Bone scan	ราย	1,063	1,072	1,067	1,045	884
- Renal scan	ราย	14	24	33	36	24
- MUGA scan	ราย	378	379	419	348	362

รายการ	หน่วยนับ	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
15. การให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	ราย					
- งานตรวจพยาธิขึ้นเนื้อ	ราย	2,809	2,912	3,341	3,355	2,906
- งานตรวจวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา	ราย	10,531	10,352	10,238	9,321	9,068
- งานชีวเคมีทั่วไป	ราย	45,801	33,718	37,546	44,186	72,564
- งานอิมมูโนวิทยา	ราย	19,705	19,940	23,961	22,734	22,698
- งานโลหิตวิทยา	ราย	39,706	37,363	44,301	41,132	40,359
- งานจุลทรรศน์วิทยา	ราย	11,594	9,502	9,632	8,397	9,288
- งานแบคทีเรีย	ราย	1,546	1,143	1,171	1,336	1,019
16. การให้บริการรักษาด้านทันตกรรม	ราย	3,576	3,175	3,197	3,113	2,816
17. การให้บริการรักษาโดยการผ่าตัด	ราย	1,085	1,073	1,249	1,519	1,209
17.1 ผ่าตัดเล็ก	ราย	358	323	390	368	296
17.2 ผ่าตัดใหญ่	ราย	727	750	859	1,151	913
18.การให้บริการรักษาโดยเคมีบำบัด						
	ราย	1,369	1,489	1,584	1,682	1,542
	ครั้ง	17,366	17,856	19,171	18,378	18,583
19.การให้บริการรักษาโดยรังสีรักษา	ราย	1,761	1,802	1,966	5,947	6,368
	ครั้ง	43,645	44,561	53,300	62,591	67,457
20. การให้บริการโดยรังสีร่วมรักษา(TACE)	ราย	97	261	146	252	247
21. การให้บริการรักษาโดย I-131	ครั้ง	240	293	358	413	508

บทที่ 3 ทิศทางการพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ.2560 – 2564

3.1 ทิศทางการพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีตามนโยบาย

(1) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555 – 2559

การนำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 ด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีแนวทางการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติที่สำคัญ ดังนี้

- ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาชนสาธารณสุข องค์การภาคีสุขภาพ ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11
- สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนฯ และนโยบายรัฐบาล เข้าสู่แผนการบริหารราชการแผ่นดิน ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติราชการ แผนค่าของงบประมาณ และแผนระดับอื่นๆ เช่น แผนการลงทุน แผนพัฒนาระบบข้อมูล แผนการผลิตบุคลากร เป็นต้น ควรเริ่มจากแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล
- ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาเป็นกรอบแนวทางดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของหน่วยงาน โดยการใช้เวทีต่างๆ ที่มีผู้บริหารองค์กรเข้าร่วม
- จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาฯ เพื่อกำกับการดำเนินงาน จัดทำระบบการรายงานการประเมินผลรอบระยะเวลาครึ่งทอมและนำเสนอในเวทีที่เหมาะสม
- จัดให้มีกลไกในการพัฒนายกร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12

(2) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554 – 2563

จากกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย จำเป็นต้องมีการผลักดันขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ผ่านกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างเป็นเอกภาพ

- สร้างเจตจำนงทางการเมือง ให้กลไกทุกระดับต้องกำหนดนโยบายการดำเนินงาน
- สร้างจิตสำนึก ค่านิยม อุดมการณ์ ความรักและภาคภูมิใจในความเป็นไทย
- สร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชนบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- แสวงหาความร่วมมือและเสริมสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- จัดโครงสร้างองค์กร/กลไกการขับเคลื่อนในทุกระดับแบบบูรณาการ
- สร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดให้มีระบบบริหารจัดการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจัง

(3) นโยบายของคณะรัฐมนตรี

นโยบายของคณะรัฐมนตรี แฉลงโดยพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ข้อ 3.การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ

- เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคม ในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว
- เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมที่มีความหลากหลายเนื่องจากการเข้าสู่ ประชาคมอาเซียน สร้างความพร้อมแก่แรงงานไทยร่วมพัฒนาระบบ
- จัดระเบียบสังคม สร้างมาตรฐานด้านคุณธรรมจริยธรรมธรรมาภิบาลให้แก่เจ้าหน้าที่ของ รัฐและประชาชน โดยใช้ค่านิยมหลัก 12 ประการ

ข้อ 5.การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

- วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากร ในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ มากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากร
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และให้เอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากร เพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยการส่งเสริมการร่วมลงทุน และการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุม
- เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาด โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยงานเฝ้าระวัง และหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันที่
- ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ความแออัดด้านการจราจรนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆ ในการตรวจจับเพื่อป้องกัน การรายงาน และการดูแลผู้บาดเจ็บ
- ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพ ใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มน้ำใจ นักกีฬา มีวินัย ปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาท และมีความสามัคคี อีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้ มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

- ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาตั้งครรรค์ในวัยรุ่นและปัญหาด้านการแพทย์ และจริยธรรมของการอัมบุญ การปลูกถ่ายอวัยวะ และสเต็มเซลล์ โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุม เหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม
- พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย และส่งเสริมความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศ โดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

(4) นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย ดังนี้

- ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน
- การสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยตลอดช่วงชีวิต
- สร้างเสริมความเข้มแข็งของกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ทำงานข้ามภาคส่วน
- พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสุขภาพ
- พัฒนาคความมั่นคงของระบบยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
- จัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ
- สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global health)
- สนับสนุนการวิจัยสุขภาพอย่างครบวงจร
- พัฒนาและส่งเสริมระบบธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรด้านสุขภาพของรัฐ

(5) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 1: พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

(6) ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์

- พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์เป็นสถาบันเฉพาะทางขั้นสูง/สถาบันระดับชาติ (Centers of Excellence/ National Institutes)
- ยกระดับสถานบริการสุขภาพระดับภูมิภาค ให้มีศักยภาพ ด้านบริการ ระดับตติยภูมิ (Regional Referral Centers)

- ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ และผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ

3.2 จุดยืนการพัฒนายุทธศาสตร์ พ.ศ.2560 – 2564

จุดยืนการพัฒนายุทธศาสตร์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พ.ศ.2560 – 2564 ได้กำหนดขึ้นมาจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เป็นปัจจัยนำเข้าเชิงนโยบายความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและสถานการณ์ของภารกิจที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และควรจะเป็นในอนาคต จนได้ความต้องการทางยุทธศาสตร์จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ความสำคัญต่อภารกิจ ความเร่งด่วนต่อปัญหา ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ความเป็นประโยชน์ต่อลูกค้า และความเชื่อมโยงกับนโยบายของกรมการแพทย์จนทำให้ได้ความต้องการทางยุทธศาสตร์ที่เป็นหัวใจหลักสำคัญของโรงพยาบาลประกอบด้วย 11 จุดยืนทางยุทธศาสตร์ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

จุดยืนด้านการวิจัยพัฒนา และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์

SP1: สร้างระบบการบริหารจัดการการวิจัยและพัฒนาของโรงพยาบาลให้เข้มแข็ง ในระดับสถาบันวิชาการทางการแพทย์ชั้นนำของประเทศที่สมบูรณ์ ทั้งการมีนักวิจัยคุณภาพที่มีความเชี่ยวชาญในการสร้างสรรค์วิชาการ องค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์โรคมะเร็ง มีหน่วยงานวิจัย มีระบบบริหารจัดการการวิจัย มีวัฒนธรรมวิชาการ มีกองทุนการวิจัยและสวัสดิการทางวิชาการที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นปัจจัยจูงใจแก่นักวิชาการและเครือข่ายในการสร้างสรรค์งานวิจัย มีเครือข่ายการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสร้างองค์ความรู้ยกระดับการให้บริการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งระดับซับซ้อน เชี่ยวชาญชั้นสูงของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สมคุณค่าของกรมการแพทย์ และเป็นผลงานวิชาการที่สามารถแก้ปัญหาเฉพาะของพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 และพื้นที่รับผิดชอบตามนโยบายกรมการแพทย์ ที่พร้อมรองรับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและการจัดการทรัพยากรสินทางปัญญาจากการวิจัย นวัตกรรมของโรงพยาบาลให้เกิดคุณค่าและมูลค่า

SP2: ถ่ายทอดผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายสุขภาพในระบบสาธารณสุขทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ด้วยวิธีการและช่องทางที่หลากหลายที่เข้าถึงความต้องการของเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถด้านระบบวิชาการการบริการ และการบริหารจัดการด้านโรคมะเร็งของสถานบริการในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4 และพื้นที่บริการให้มีมาตรฐาน พร้อมส่งเสริม สนับสนุนการตีพิมพ์ เผยแพร่ผลงานวิจัยทางวิชาการมะเร็งในระดับประเทศ และนานาชาติ

SP3: นำความเชี่ยวชาญทางการวินิจฉัยและรักษาของโรงพยาบาล ร่วมเสริมสร้างความพร้อมและสร้างต้นแบบมาตรฐานในพื้นที่ สร้างสรรค์วิชาการเพื่อการขับเคลื่อนการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูโรคมะเร็งของเขตสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เกิดต้นแบบมาตรฐานในการจัดการโรคมะเร็งเชิงพื้นที่ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง การวินิจฉัยรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายร่วมที่สำคัญคือการจัดการโรคมะเร็งของเขตสุขภาพให้เป็นรูปธรรมตามเป้าหมาย Service Plan ทั้งการคัดกรอง การลดการเจ็บป่วย ลดการป่วยตายและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จุดยืนด้านการจัดการบริการทางการแพทย์ระดับซับซ้อนยุ่งยาก

SP4: พัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์ในระดับซับซ้อนยุ่งยากของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐานของการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติของเขตสุขภาพที่ 4 (National Health Authority) ให้สมคุณค่าของความเชี่ยวชาญชั้นสูงด้านโรคมะเร็ง เพิ่มประสิทธิภาพทางการแพทย์ ลดการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ การสร้างความเชื่อมโยงทางการบริการทางการแพทย์ในพื้นที่บริการ และนอกเขตบริการ เพื่อการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน และพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์กลางแห่งความเป็นเลิศในด้านโรคมะเร็ง ที่เป็นปัญหาของพื้นที่บริการแบบครบวงจร (Center of excellent : COE) ทั้งมะเร็งเต้านม มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด ที่มีศักยภาพตามแผนมะเร็งแห่งชาติ และขีดความสามารถในการวินิจฉัย รักษาที่โดดเด่น ในระดับสากล โดยเน้นพัฒนาในด้านมะเร็งเต้านม และมะเร็งศีรษะและคอ

SP5: พัฒนาคุณภาพและเอกลักษณ์ของการจัดการบริการที่เน้นการดูแล และให้บริการแก่ผู้ใช้บริการด้วยระบบบริการไร้รอยต่อที่ทันสมัย ลดการรอคอยบริการ และการสร้างสุขระหว่างรับบริการตามหลักองค์รวม เพื่อพัฒนาสู่ต้นแบบ Seamless excellent service and Humanize care ในระดับประเทศ รองรับการบริการในระดับสากล การเปิดประชาคมอาเซียน และการบริการในกลุ่มผู้รับบริการพิเศษเฉพาะกลุ่ม การพัฒนาให้มีหน่วยงานของโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อภิบาลผู้ป่วยมะเร็ง จัดให้มีศูนย์อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทาง Public to private partnership : PPP หรือรูปแบบอื่นๆที่เหมาะสม

SP6: สร้างระบบข้อมูลสารสนเทศและฐานข้อมูลมะเร็งของโรงพยาบาล ให้มีคุณภาพมาตรฐานเอื้อต่อการดำเนินงานทางวิชาการ การบริการ และการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการข้อมูลทั้งภายใน และการบริการแก่เครือข่ายอย่างเป็นประโยชน์สูงสุด

และมุ่งพัฒนาโรงพยาบาลเป็นแหล่งอ้างอิงทางข้อมูลสารสนเทศ และวิชาการโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ ร่วมนำวิชาการขับเคลื่อนการพัฒนาทะเบียนมะเร็งให้มีคุณภาพ ทันสมัย และการเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนมะเร็งแห่งชาติของเขตสุขภาพ ให้เกิดความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพมีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันอย่างบูรณาการ และเชื่อมโยงระบบงานในทุกระดับในระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง มีเอกภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการปัญหาโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาของพื้นที่

จุดยืนด้านการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

SP7: สร้างและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรสายสนับสนุนในการดำเนินการกิจโรคมะเร็งของเขตสุขภาพและพื้นที่บริการ ที่มีปริมาณ คุณภาพ รองรับความต้องการทางการแพทย์ และความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ด้วยหลักสูตรฝึกอบรมที่มีคุณภาพ ทีมวิทยากรระดับเชี่ยวชาญ และกระบวนการฝึกอบรมในระดับคุณภาพ ทันสมัยบริหารและบริการอย่างมืออาชีพ พร้อมพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ในระดับนานาชาติ รองรับความจำเป็นของพื้นที่และอาเซียน พัฒนาสู่การเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทั้งหลักสูตรระยะสั้น ระยะยาว ที่มีระบบการอบรมแบบครบวงจร

จุดยืนด้านการพัฒนาองค์กร

SP8: พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การขยายพื้นที่รับการจัดบริการแก่ผู้ป่วย การพัฒนาพื้นที่รองรับผู้ป่วย ผู้ใช้บริการที่มีกำลังซื้อ พัฒนาสภาพแวดล้อมการบริการภายในให้มีความสะดวกเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการส่งเสริมและบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็ง และความสุขของผู้ให้และผู้รับบริการให้เป็นต้นแบบที่ดีของการเรียนรู้ในการจัดการส่งเสริมสุขภาพโรคมะเร็ง

SP9: พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสมรรถนะสูงตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ พัฒนาเป็นองค์กรคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ Hospital Accreditation : HA ที่เกิดคุณค่าต่อยอดสู่ Joint commission international : JCI พัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่โรงพยาบาลดิจิทัล (digital hospital) พร้อมสร้างหุ้นส่วนยุทธศาสตร์การพัฒนากับองค์กรในระดับประเทศ และนานาชาติที่เป็นเลิศ (Strategic Partnership) เพื่อการพัฒนาวิชาการ การบริการ และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาลให้มีความเข้มแข็งเป็นสากล

- SP10: ปรับระบบการบริหารจัดการ และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพสูง พร้อมจัดหา พัฒนา รักษาให้มีความเพียงพอ ตามความเร่งด่วน และความสำคัญของปัญหาในพื้นที่บริการในปัจจุบัน และอนาคต และใช้ประโยชน์จากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาวิชาชีพรองรับความต้องการของยุทธศาสตร์ และสภาพปัญหาทางสุขภาพในเขตสุขภาพในอนาคต พัฒนาศูนย์สุขภาพสนับสนุนให้เป็นมืออาชีพ และบริหารจัดการให้บุคลากรทุกระดับมีความรัก ความผูกพันต่อโรงพยาบาล พัฒนาการให้เป็นโรงพยาบาลแห่งความสุข สวัสดิการที่สูงกว่าสวัสดิการพื้นฐานของรัฐ ร่วมสร้างโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติที่สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ทั้ง 12 ด้าน
- SP11: เสริมสร้างความเข้มแข็งทางการเงินการคลังพัฒนาสู่โรงพยาบาลที่พึ่งตนเองได้ เน้นการสร้างสรรค์ระบบบริการที่ก่อให้เกิดรายได้ ทั้งจากการบริการทางการแพทย์ในรูปแบบพิเศษ การบริการวิชาการ การฝึกอบรม ผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ LBCH และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรของโรงพยาบาลให้เกิดความคุ้มค่าอย่างสูงสุด บริหารโรงพยาบาลบนฐานธรรมาภิบาล และหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งนี้คำนึงถึงการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพสูงสุดของการจัดบริการทางการแพทย์ตามภารกิจเป็นสำคัญ

3.3 การประเมินศักยภาพและสภาพแวดล้อมขององค์กรต่อการขับเคลื่อนจุดยืนทางยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี ได้มีการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันขององค์กร โดยนำเครื่องมือทางการบริหาร SWOT Analysis มาใช้เพื่อค้นหาศักยภาพในการบริหารจัดการด้านการดำเนินงาน ด้วยการวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง อุปสรรค และโอกาสในการพัฒนา โดยมองว่าการวิเคราะห์หาจุดแข็งหรือจุดเด่นภายในองค์กร (Strength) จะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสัมฤทธิ์ และพยายามควบคุมจุดอ่อนหรือข้อด้อย (Weakness) ภายในองค์กรที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ ในขณะเดียวกันวิเคราะห์หาโอกาสหรือปัจจัยส่งเสริมจากภายนอก (Opportunity) ที่ทำให้การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลบรรลุผลสัมฤทธิ์ และเฝ้าระวังอุปสรรคหรือภาวะคุกคามจากภายนอก (Threat) ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ผล ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์องค์กรมีดังนี้

จุดแข็งของโรงพยาบาลในปัจจุบัน (Strength)

- S1: มีกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี และคณะกรรมการวิจัย
- S2: มีนโยบาย และแนวทางมาตรฐานการส่งเสริมให้มีการสร้างสรรค์ผลงานวิจัย
- S3: มีวัฒนธรรมการสร้างสรรค์งานวิชาการอย่างต่อเนื่อง
- S4: มีกองทุนวิจัย
- S5: มีผลงานวิชาการด้านโรคมะเร็งเพื่อสามารถแก้ปัญหาการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในเขตรับผิดชอบทั้งผู้ป่วย และประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- S6: มีการสื่อสารทางวิชาการที่มีความหลากหลาย ทั้งในรู้แบบวารสาร อินเทอร์เน็ต การนิเทศ และมีทีมวิชาการที่ทำงานเชิงรุก
- S7: มีทีมนิเทศงานด้านระบบวิชาการ การบริการ และการบริหารจัดการด้านโรคมะเร็งของสถานบริการในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4
- S8: เป็นแหล่งฝึกอบรมด้านการดูแล รักษา โรคมะเร็งของสถานบริการในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4
- S9: มีผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง
- S10: ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูโรคมะเร็งเขตสุขภาพ
- S11: เป้าหมายการจัดการโรคมะเร็งตามเป้าหมาย Service plan
- S12: มีระบบข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลมะเร็งของโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานบริการแก่เครือข่ายมะเร็ง
- S13: มีการมุ่งเน้นในการจัดฝึกอบรมแพทย์ด้านรังสีรักษาและบุคลากรสายสนับสนุนในเรื่องโรคมะเร็ง ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีคุณภาพที่ทันสมัยทั้งด้านบริหารและการบริการให้เป็นระบบแบบครบวงจรที่จะนำไปสู่ระดับอาเซียนและนานาชาติ
- S14: บุคลากรมีความรู้เฉพาะทางโรคมะเร็ง มีประสบการณ์ทางโรคมะเร็ง
- S15: มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ทางด้านโรคมะเร็ง

- S16: เป็นศูนย์ที่สามารถตรวจวินิจฉัยเฉพาะทางโรคมะเร็ง (Tumor maker) ที่หลากหลายและครอบคลุมที่สุดในเครือข่ายเขตสุขภาพ
- S17: เป็นศูนย์ที่มีเครื่องตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะรุกรานที่มีศักยภาพสูงที่สุดในเครือข่ายเขตสุขภาพ
- S18: เป็นโรงพยาบาลเฉพาะด้านโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ที่มีความสามารถรักษาโรคมะเร็งได้ครอบคลุมทุกมิติ
- S19: มีนโยบายกระตุ้นให้สร้างสรรค์นวัตกรรมและงานวิจัยและสนับสนุนบุคลากรให้มีการพัฒนาองค์ความรู้สม่ำเสมอ
- S20: บุคลากรทางการแพทย์ด้านรังสีวิทยามีความเชี่ยวชาญระดับประเทศและนานาชาติ
- S21: ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความทันสมัย นำมาให้บริการจัดการโรงพยาบาล รวดเร็วครอบคลุม
- S22: โรงพยาบาลเป็นองค์กรคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ HA
- S23: LBCH มีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งสาขารังสีรักษา เคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีวินิจฉัย รังสีร่วมรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ ที่สามารถให้บริการรักษาโรคมะเร็ง ได้อย่างครอบคลุม
- S24: LBCH มีการจัดสวัสดิการภายในเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากรผ่านกิจกรรม บุคลากรสัมพันธ์

จุดอ่อนของโรงพยาบาลในปัจจุบัน (Weakness)

- W1: ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย
- W2: ระบบฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งยังไม่ครอบคลุมถึงระดับประชากร
- W3: ขาดการเชื่อมต่อนานข้อมูลกับเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 3 และ 4
- W4: ขาดวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
- W5: แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งไม่ครบทุกสาขา
- W6: ระบบฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งยังไม่ครอบคลุมถึงระดับประชากร
- W7: ร.พ.ในเครือข่ายยังไม่สามารถจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลได้ครบทั้ง 12 จังหวัด
- W8: หลักสูตรการฝึกอบรมยังไม่ครบทุกสาขา
- W9: ยังไม่มีหลักสูตรนานาชาติ
- W10: ศักยภาพในการจัดอบรมหลักสูตรยังไม่ครอบคลุมทุกระยะ
- W11: ขาดการพัฒนากระบวนการบำรุงรักษา และการใช้เครื่องมือทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพปลอดภัยกับผู้รับบริการ
- W12: ขาดการสร้างกรอบความคิดใหม่ของประชาชนในการป้องกันโรคมะเร็งและการดูแลตัวเอง และสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ถูกต้อง

- W13: มีระบบติดตามบริษัทเอกชนให้มีการกำจัดขยะให้ถูกต้องตามมาตรฐาน
- W14: การสร้างรูปแบบบรรณรักษ์ส่งเสริมให้ประชาชนในเขตบริการสุขภาพให้เกิดความตื่นตัวสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงรวมถึงสร้างความตระหนักในการดูแลตัวเองและครอบครัวในการคัดกรองมะเร็งระยะเริ่มแรกเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเครือข่าย รับมือการบริการผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- W15: พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลในเรื่องระบบไฟฟ้า ประปา การกำจัดขยะและเครื่องมือทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยกับผู้รับบริการ
- W16: จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยทำให้มีระยะเวลาในการรอนาน ก่อให้เกิดรายได้ลดลง
- W17: บุคลากรของโรงพยาบาลขาดทักษะแรงจูงใจและความคิดสร้างสรรค์ในการสรรค์สร้างนวัตกรรมและงานวิจัย
- W18: ขาดบุคลากรเฉพาะทางสาขามะเร็งรีเวช สาขาพยาธิวิทยาในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
- W19: LBCH มีบุคลากรทางการแพทย์ไม่ครบทุกสาขาและไม่เพียงพอต่อความต้องการในการให้บริการ
- W20: LBCH มีบุคลากรที่เป็นตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวเป็นส่วนใหญ่ที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงในอาชีพ ส่งผลต่อความรักษา ความผูกพันองค์กรและมีอัตราลาออกสูง

โอกาสจากภายนอกที่ส่งเสริมสนับสนุนโรงพยาบาล (Opportunity)

- O1: นโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากล ทำให้เครือข่ายสุขภาพมีการพัฒนาระบบการให้บริการ และการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- O2: นโยบายการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน
- O3: กรมการแพทย์มีนโยบายสนับสนุนการทำวิจัย
- O4: นโยบาย Service plan ผลักดันให้ LBCH ต้องพัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็งเพื่อเป็นศูนย์กลาง และต้นแบบด้านระบบวิชาการ การบริการ และการบริหารจัดการด้านโรคมะเร็ง ของสถานบริการในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4
- O5: มีเครือข่ายทางวิชาการให้การสนับสนุนวิทยาการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อร่วมถ่ายทอดงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4
- O6: เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- O7: สร้างต้นแบบมาตรฐานวิชาการ
- O8: ความก้าวหน้าของระบบ ICT ที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงและมีใช้ในองค์กรอย่างแพร่หลาย ซึ่งเป็นโอกาสในการนำมาใช้เพื่อการสื่อสารวิชาการระหว่างองค์กรกับเครือข่ายสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง
- O9: รพ ในเครือข่ายส่งบุคลากรเข้ามาอบรมเพิ่มพูนทักษะความรู้อย่างต่อเนื่อง

- 10: ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการจัดอบรมหลักสูตรต่างๆอย่างต่อเนื่อง
- 11: ผลักดันให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น พัฒนาระบบส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติความเสี่ยงเข้าและรายงานความเสี่ยงโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อพิจารณานโยบาย จัดตั้งฝ่ายบริหารความเสี่ยงเพื่อดูแลระบบบริหารความเสี่ยงองค์กรและปฏิบัติงานประจำวัน แทนคณะกรรมการรวมทั้งแต่งตั้ง risk manager ตัวแทนของหน่วยงานติดตามประเมินผลและจัดทำความเสี่ยงของหน่วยงาน
- 12: การสร้างรูปแบบและรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนในการบริการ
- 13: ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล และความรู้ด้านโรคมะเร็งและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
- 14: สร้างความตื่นตัวให้กับประชาชนได้มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เชิงรุก ร่วมทั้งสร้างรูปแบบและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมาะสมตามลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนและสิ่งแวดล้อม
- 15: พัฒนารูปแบบการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงสัญญาณอันตรายการเกิดโรคมะเร็งและความสำคัญของการตรวจคัดกรองและค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก เชิงรุก อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่สำคัญ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ
- 16: การยกระดับสู่โรงพยาบาลปลอดภัยทั่วทั้งองค์กรมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพสูง
- 17: การจัดการสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เป็นต้นแบบของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งและการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี
- 18: ปรับปรุงระบบไฟฟ้าให้เพียงพอต่อปริมาณการใช้และมีระบบสำรองไฟที่มีประสิทธิภาพ
- 19: วางแผนบริหารจัดการน้ำให้เพียงพอและมีแผนในการบริหารระบบประปาไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน
- 20: โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่เครือข่ายและองค์กรท้องถิ่นเพื่อสร้างความตื่นตัวให้ประชาชนเพื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพ คัดกรองมะเร็งระยะเริ่มแรกอีกทั้งเป็นการเผยแพร่ผลงานและผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ของโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลเครือข่าย
- 21: กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ปรับบทบาท NHA ทำให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาระบบบริการวิชาการ บริหารจัดการร่วมกับเครือข่าย ในเขตบริการสุขภาพ ได้บรรลุพันธกิจ
- 22: เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันที่ทันสมัย นำมาใช้เพิ่มช่องทางการให้บริการ สร้างเครือข่ายการทำงานเป็นหน่วยงานในเขตรับผิดชอบและเขตบริการสุขภาพ
- 23: เครือข่ายบริการสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทาง ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาระของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

ภาวะคุกคามของโรงพยาบาลในปัจจุบัน (Threat)

- T1: ขาดเครือข่ายร่วมทำวิจัย
- T2: สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต
- T3: ข้อมูลทางวิชาการด้านโรคมะเร็งที่เผยแพร่ผ่านทางระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตขาดการตรวจสอบและได้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- T4: ความคาดหวังของสังคมและประชาชน ต่อบริการข้อมูลทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งสูงมาก
- T5: ความต้องการทางการแพทย์และความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศมีความหลากหลายซับซ้อน ทำให้ทิศทางการพัฒนาบุคลากรไม่มีความชัดเจน
- T6: มีสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิและสูงกว่าในพื้นที่ใกล้เคียง มีการจัดหลักสูตรอบรมทางการแพทย์ที่มีความพร้อมและมีการอบรมครบวงจร
- T7: โรงพยาบาลมีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งไม่ครบทุกสาขาโรค
- T8: การทำงานร่วมกับเครือข่ายเขตบริการสุขภาพ มีข้อจำกัดเรื่องระเบียบแนวปฏิบัติ ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
- T9: สวัสดิการและค่าตอบแทนที่กำหนดจากส่วนกลางไม่เหมาะสม ภายใต้อัตราค่าจ้างที่มีอยู่ในจำนวนจำกัดและไม่สอดคล้องกับภาระงานที่มาก แต่ต้องปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐาน เป็นภัยคุกคามต่อขวัญและกำลังใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน



ทิศทางการพัฒนาตามศักยภาพ (TOWs Matrix)

ทิศทางเชิงรุก (SO)

1. โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีการสร้างวัฒนธรรม ส่งเสริมให้มีการสร้างผลงานวิชาการ และงานวิจัย มีกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ตอบสนองนโยบายของกรมการแพทย์ และ Service plan
2. มีทีมนิเทศงานถ่ายทอดงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการทางการแพทย์ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถด้านระบบวิชาการ การบริการ และการบริหารจัดการด้านโรคมะเร็งของสถานบริการในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4 โดยมีการสื่อสารทางวิชาการที่มีความหลากหลาย ทั้งในรู้แบบวารสาร อินเทอร์เน็ต และการนิเทศ โดยมีนโยบาย Service plan เป็นตัวผลักดัน
3. พัฒนาการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูโรคมะเร็งเขตสุขภาพโดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์วินิจัยและรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. พัฒนาระบบส่งต่อ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง ในเวลาที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพ ได้ตามมาตรฐานสากล โดยการนำระบบสารสนเทศมาพัฒนาการปฏิบัติงาน เพื่อลดขั้นตอนการรอคอยและพัฒนาระบบ IT ในการบริการรักษาทางการแพทย์ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้ลดการส่งต่อ ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. ยกระดับข้อมูลสารสนเทศและฐานข้อมูลมะเร็งของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อให้เครือข่ายได้รับบริการอย่างรวดเร็วและทั่วถึง
6. ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และถ่ายทอด โดยการจัดอบรมโรคมะเร็งให้กับทีมบุคลากรในโรงพยาบาล เครือข่าย โดยเฉพาะแพทย์ด้านรังสีรักษาให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ และมีคุณภาพที่มั่นคง ทั้งด้านบริหารและบริการ โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณในการจัดอบรมหลักสูตรต่างๆ และมีความสามารถถ่ายทอดความรู้ทางด้านโรคมะเร็งได้แบบครบวงจร นำไปสู่มาตรฐานระดับอาเซียนและนานาชาติ
7. สร้างความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ภายในเครือข่าย เขตบริการสุขภาพให้มีความเชี่ยวชาญ ด้านรังสีวิทยาในระดับประเทศและนานาชาติ
8. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความ SMART สู่วิทยาการแห่งอนาคต (digital hospital) ทางด้านระบบบริการ วิชาการ บริหารร่วมกับเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพ ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่
9. การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันที่ทันสมัย
10. พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ โดยการส่งเสริมศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็ง พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพในเรื่องบริการ วิชาการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ทิศทางเชิงป้องกัน (ST)

1. สร้างผลงานวิชาการด้านโรคมะเร็ง ร่วมกับเครือข่ายในการแก้ปัญหาโรคมะเร็ง เพื่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการวิจัย
2. ส่งเสริมป้องกันและสร้างเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต
3. สร้างระบบการให้คำปรึกษาเชิงวิชาการด้านการแพทย์โรคมะเร็ง เพื่อสร้างกรอบความคิดของประชาชน ในการป้องกันมะเร็งและการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ถูกต้อง
4. สร้างระบบการให้คำปรึกษาเชิงวิชาการด้านการแพทย์โรคมะเร็ง โดยการจัดตั้งสายด่วน 24 ชั่วโมง เพื่อรับปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. จัดให้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อสร้างความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชนและโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ เพื่อลดต้นทุน และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย
6. วิเคราะห์ความจำเป็นของการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในอนาคต โดยมีการจ้างที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสู่ความเป็นเลิศทางด้านวิชาการและบริการด้านโรคมะเร็ง พร้อมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้มีขีดความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วย
7. ยกระดับการเผยแพร่และตรวจสอบข้อมูลทางด้านวิชาการด้านโรคมะเร็งผ่านทางระบบ ICT โดยทีมวิชาการเชิงรุกขององค์กร
8. ผลักดันให้แพทย์ด้านรังสีรักษาและบุคลากรสายสนับสนุนด้านโรคมะเร็งที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านบริหารและการบริการให้สามารถจัดการอบรมอย่างเป็นระบบแบบและครบวงจรเพื่อนำไปสู่มาตรฐานการจัดอบรมระดับอาเซียนและนานาชาติเพื่อตอบสนองความต้องการทางการแพทย์และความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศที่มีความหลากหลายซับซ้อน
9. นำทีมบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางและประสบการณ์ซึ่งสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านโรคมะเร็งให้จัดหลักสูตรอบรมที่มีความพร้อมและระบบที่ครบวงจรเทียบเท่าสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิและสูงกว่า
10. นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ไปพัฒนาการทำงานร่วมกับเครือข่ายเขตบริการสุขภาพ เพื่อสร้างหุ้นส่วนยุทธศาสตร์การพัฒนากับองค์กรในระบบประเทศและนานาชาติที่เป็นเลิศ (Strategic Partnership)
11. จัดกิจกรรมบุคลากรสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากรได้ปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและมีความรักความผูกพันต่อองค์กร

ทิศทางเชิงแก้ไข (WO)

1. มีนโยบาย Service plan ด้านโรคมะเร็ง สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็ง เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ให้ครอบคลุมประชากรในเขตบริการสุขภาพที่ 3 และ 4
2. มีเครือข่ายทางวิชาการให้การสนับสนุนวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านร่วมถ่ายทอดงานด้านวิชาการ องค์ความรู้และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายเขตสุขภาพที่4
3. ศักยภาพของหน่วยงานมีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งไม่ครบทุกสาขาในการสร้างต้นแบบมาตรฐานวิชาการ
4. เพิ่มศักยภาพของการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้านโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทุกสาขา เพื่อเพิ่มศักยภาพการรักษาโรคมะเร็ง ลดระยะเวลารอคอย รวมทั้งร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งผ่านระบบ VDO Conference เพื่อลดการส่งต่อ ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
5. ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่เชี่ยวชาญด้านวิชาการในการถ่ายทอดเทคโนโลยี มาพัฒนาเพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานทางวิชาการ การบริการและการบริหารด้านฐานข้อมูลมะเร็งขององค์กรแก่เครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. นำงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางมาจัดอบรมหลักสูตรต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ครบทุกสาขาวิชาชีพและครอบคลุมทุกหลักสูตร และครบทุกระยะ
7. ส่งเสริมการพัฒนางานองค์ความรู้และเพิ่มพูนทักษะให้กับบุคลากรทางการแพทย์ครอบคลุมทุกหลักสูตร
8. ร่วมมือกับเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพ ในการพัฒนาระบบบริการ วิชาการ บริหารและพัฒนาบุคลากรเฉพาะทางสาขามะเร็งวิทยาให้ครอบคลุมทุกสาขา เพื่อให้โรงพยาบาลมีความเข้มแข็งเป็นสากล

ทิศทางเชิงรับ (WT)

1. ร่วมมือกับสถาบันที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อพัฒนาบุคลากรให้เกิดความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย
2. พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรอบรมทางการแพทย์ระยะกลางและระยะยาวให้สอดคล้องกับความต้องการทางการแพทย์และความจำเป็นของระบบบริการในเขตบริการสุขภาพ
3. เพิ่มศักยภาพการจัดอบรมหลักสูตรโรคมะเร็งให้ครบทุกสาขา

จากนั้น โรงพยาบาลจะนำทิศทางการพัฒนาตามศักยภาพ ไปใช้ในการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์กลยุทธ์ และมาตรการในการปฏิบัติต่อไป

บทที่ 4 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งบบุรี

พ.ศ. 2560 – 2564

ทิศทางของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล พ.ศ.2560 – 2564 ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายสูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ ประเด็นยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

4.1 วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลแห่งอนาคต เป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คุณภาพโดดเด่น
สมรรถนะสูง ศูนย์การสุขภาพระดับชาติ”

โรงพยาบาลแห่งอนาคต หมายถึง

โรงพยาบาลที่ให้บริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ครอบคลุม ด้านวิชาการ บริการ บริหาร

โรงพยาบาลสามารถพัฒนาองค์กรให้ก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงพร้อมสู่การเป็นประชาคมอาเซียน และนานาชาติ

เป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง หมายถึง

โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการสร้างต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ รักษา ฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วย มะเร็งในระยะสุดท้าย การมีขีดความสามารถอย่างสมบูรณ์ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นที่ยอมรับ เชื่อถือจากผู้ใช้บริการ

โรงพยาบาลมีความพร้อมของวิทยาการทางการแพทย์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ล้ำสมัย อย่างเหมาะสมกับการบริการตติยภูมิ และสูงกว่า และโดดเด่นด้านโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งศีรษะและลำคอ มีผลงานด้านการวิจัยและพัฒนา และการสร้างสรรค์เทคโนโลยีทางการแพทย์รองรับความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

โรงพยาบาลเป็นแหล่งกลางของการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแบบครบวงจรมีบทบาทในการร่วมกำหนดแนวทางนโยบายในการพัฒนาสุขภาพด้านโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ และร่วมสร้างคุณภาพ มาตรฐานทางวิชาการ บริการ และการบริหารแก่เครือข่ายในเขตสุขภาพ

โรงพยาบาลร่วมสร้างความสำเร็จในการลดอัตราการป่วย และป่วยตามของโรคมะเร็งในเขตสุขภาพ และพื้นที่บริการของโรงพยาบาลให้ลดน้อยลง พร้อมความเป็นรูปธรรมในการร่วมสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ และการมีสภาพแวดล้อมทางสุขภาพของประชาชนที่เอื้อต่อการดูแลตนเองจากโรคมะเร็ง มีต้นแบบ

การเรียนรู้ในระดับแนวปฏิบัติที่ดีของการจัดการตนเองของชุมชนครอบคลุมทุกจังหวัดที่เป็นพื้นที่บริการของโรงพยาบาล

คุณภาพโดดเด่น หมายถึง

ระบบการบริการของโรงพยาบาลเป็นบริการแบบไร้รอยต่อ ดูแล เข้าถึงความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง โดดเด่นด้านการบริการแบบการบริการแบบไร้รอยต่อ และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Seamless excellent service and Humanize care)

โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการการบริหารที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานระดับสากลโดดเด่นด้านการบริการตามเกณฑ์ HA และเตรียมการต่อยอมสู่รางวัลคุณภาพในระดับสากล (JCI)

สมรรถนะสูง หมายถึง

ระบบการบริการจัดการภายในมีคุณภาพตามเกณฑ์องค์กรสมรรถนะสูง บริหารสอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand quality award : TQA) เป็นโรงพยาบาลที่เน้นการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางการบริหาร วิชาการ และบริการ อย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลมีระบบการเงินที่เข้มแข็ง มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้สูง

โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสุขบนฐานวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง บริหารด้วยหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

องค์กรสุขภาพระดับชาติ หมายถึง

โดยในช่วงปี พ.ศ.2560 - 2561 จะเน้นความสำเร็จในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศ การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพการประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของรัฐท้องถิ่น และเอกชน

และในช่วงปี พ.ศ.2562 - 2563 จะเน้นความสำเร็จในการพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงิน การคลัง สุขภาพของประเทศ การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

และในช่วงปี พ.ศ.2564 จะเน้นความสำเร็จในการพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้ การเสริมสร้างความเป็นเลิศตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ / COE และการพัฒนางานสุขภาพโลก และความร่วมมือระหว่างประเทศ

4.2 พันธกิจตามยุทธศาสตร์ (Mission)

กรอบในการดำเนินงานตามภารกิจของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และภารกิจการพัฒนาไปสู่วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลได้กำหนดพันธกิจทางยุทธศาสตร์ดังนี้

- (1) วิจัย พัฒนาสร้างผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการแพทย์ รองรับความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ และพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
- (2) ถ่ายทอดเทคโนโลยีทางสุขภาพ พัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ บริการ และการบริหารแก่เครือข่ายเขตสุขภาพ
- (3) จัดบริการทางการแพทย์โรคมะเร็งในระดับซับซ้อน ยุ่งยาก อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ในระดับที่เป็นเลิศ
- (4) ให้การฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน รองรับความต้องการของพื้นที่เขตสุขภาพ และประเทศ
- (5) พัฒนาโรงพยาบาลให้มีสมรรถนะสูง มีความเข้มแข็งในระบบคุณภาพ และเป็นสถาบันสุขภาพระดับชาติที่มีมาตรฐานสมคุณค่าการแพทย์

4.3 เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

- (1) ประชาชนสุขภาพดีได้รับการส่งเสริม ค้ำครอง ป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองอย่างทั่วถึง ทันการณ์
- (2) ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งในทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการการวินิจฉัยและรักษาที่มีคุณภาพ จนสามารถลดปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งของพื้นที่บริการได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

ประเด็นหลักที่สำคัญหรือวาระหลักในการพัฒนาตามกรอบของแผนยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาด้วยวิธีการทางยุทธศาสตร์สู่ผลสัมฤทธิ์สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในวิสัยทัศน์ประกอบด้วย 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

- (1) การพัฒนาสู่ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญวิชาการด้านมะเร็งวิทยา
- (2) การพัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหารของเครือข่ายสุขภาพที่มีมาตรฐาน
- (3) การร่วมแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างบูรณาการ
- (4) การยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นเลิศ สมคุณค่าเชี่ยวชาญชั้นสูง
- (5) การพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ
- (6) การพัฒนาองค์กร บุคลากร รองรับการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สมรรถนะสูงที่พึ่งตนเองได้ ยั่งยืน

4.5 เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

- (1) ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง
- (2) เครือข่ายสุขภาพมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน ปัญหาโรคมะเร็งที่สำคัญในเขตพื้นที่ลดลง
- (3) ประชาชนในเขตบริการได้รับการส่งเสริม ป้องกันจากโรคมะเร็ง เมื่อเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคด้วยความเชี่ยวชาญชั้นสูง โดยบูรณาการเครือข่าย นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของปัญหาโรคมะเร็งของพื้นที่ลดลง
- (4) โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีมีความเป็นเลิศ และมีคุณภาพมาตรฐานด้านการบริการโรคมะเร็งด้าน มะเร็งศีรษะและลำคอ ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการแพทย์สูงระดับประเทศ
- (5) โรงพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ที่สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ตามเกณฑ์กรมการแพทย์
- (6) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบุคลากรที่สนับสนุนมีความเป็นมืออาชีพ นำไปสู่การยอมรับของเครือข่าย
- (7) โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานสากลผ่านรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA: JCI) ผ่านการรับรองมาตรฐานการบริหารระดับสากลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)

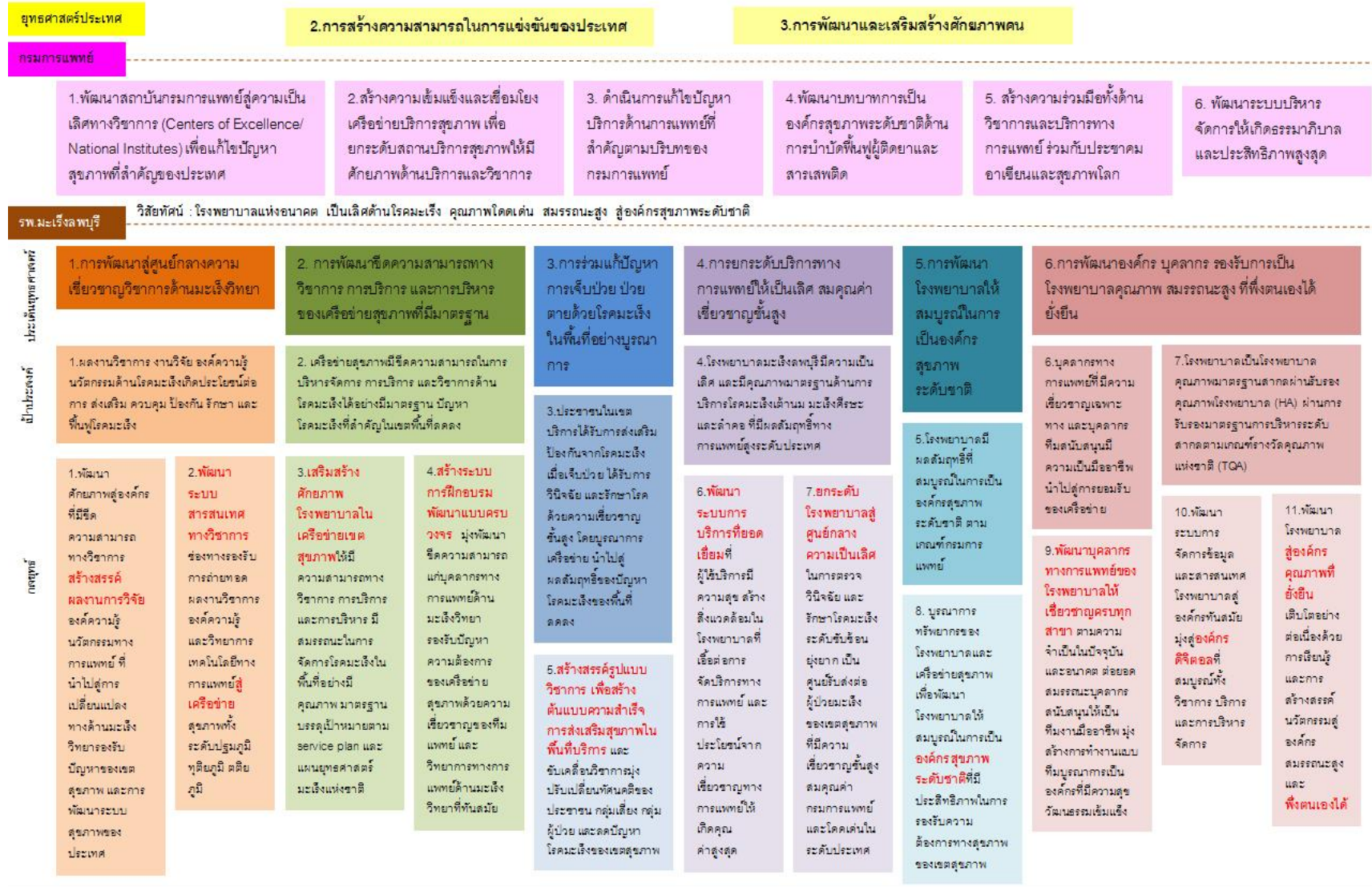
4.6 กลยุทธ์

กลยุทธ์เพื่อการขับเคลื่อนโรงพยาบาลช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2564 ประกอบด้วยกลยุทธ์ ต่อไปนี้

- (1) พัฒนาศักยภาพสู่องค์กรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการสร้างสรรค์ผลงานการวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยาการรองรับปัญหาของเขตสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ (WO)
- (2) พัฒนาระบบสารสนเทศทางวิชาการ ช่องทางรองรับการถ่ายทอดผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และ วิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายสุขภาพทุกระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ (WO)
- (3) เสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพให้มีความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหาร มีสมรรถนะในการจัดการโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน บรรลุเป้าหมายตาม service plan และแผนยุทธศาสตร์มะเร็งแห่งชาติ (ST)
- (4) สร้างระบบการฝึกอบรมพัฒนาแบบครบวงจร มุ่งพัฒนาขีดความสามารถแก่บุคลากรทางการแพทย์ ด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหาความต้องการของเครือข่ายสุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญของทีม แพทย์ และวิทยาการทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาที่ทันสมัย (SO)

- (5) สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่บริการ และขับเคลื่อนวิชาการมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ (ST)
- (6) พัฒนาระบบบริการที่ยอดเยี่ยมที่ผู้ใช้บริการมีความสุข สร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการจัดการบริการทางการแพทย์ และการใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ให้เกิดคุณค่าสูงสุด (WO)
- (7) ยกย่องโรงพยาบาลสู่ศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง ระดับซับซ้อนยุ่งยาก เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งของเขตสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญชั้นสูง สมคุณค่ากรรมการแพทย์ และโดดเด่นในระดับประเทศ (SO)
- (8) บูรณาการทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติที่มีประสิทธิภาพในการรองรับความต้องการทางสุขภาพของเขตสุขภาพ
- (9) พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลให้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา ตามความจำเป็นในปัจจุบัน และอนาคต ต่อยอดสมรรถนะบุคลากรสนับสนุนให้เป็นทีมงานมืออาชีพ มุ่งสร้างการทำงานแบบทีมบูรณาการเป็นองค์กรที่มีความสุข วัฒนธรรมเข้มแข็ง (SO)
- (10) พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลสู่องค์กรทันสมัย มุ่งสู่องค์กรดิจิทัลที่สมบูรณ์ทั้งวิชาการ บริการ และการบริหารจัดการ
- (11) พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรคุณภาพที่ยั่งยืน เติบโตอย่างต่อเนื่องด้วยการเรียนรู้และการสร้างสรรค์นวัตกรรมสู่องค์กรสมรรถนะสูง และพึ่งตนเองได้ (WO)

กรอบความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ – ประเด็นยุทธศาสตร์ – เป้าประสงค์ – กลยุทธ์



กลยุทธ์ที่ 1

พัฒนาศักยภาพสู่องค์กรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการสร้างสรรค์ผลงานการวิจัย
องค์ความรู้นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยา
รองรับปัญหาของเขตสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ไขปัญหาวิกฤติการวิจัย นวัตกรรม และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาล โดย
 - 1.1 การเพิ่มนักวิจัยที่มีสมรรถนะทางการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
 - ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล คัดเลือกผู้ที่มีความสนใจในการสร้างสรรค์ การวิจัย เพื่อเป็นนักวิจัยของโรงพยาบาล
 - กำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยงานต้องมีผลงาน R2R/ผลงานวิจัย หน่วยงานละ 1 เรื่องต่อปี และบุคลากรในระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป มีผลงานวิจัยทุกปี และตีพิมพ์เผยแพร่ในระดับประเทศ/นานาชาติ
 - 1.2 มีระบบฝึกอบรมการเรียนการสอนที่เน้นการวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
 - 1.3 สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กับหน่วยงานอื่น ทั้งในและต่างประเทศ
 - 1.4 สร้างช่องทางการสืบค้นข้อมูลสำหรับการทำวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้มีฐานข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย
2. พัฒนาความร่วมมือในการวิจัย นวัตกรรม และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
 - 2.1 สร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ 3 , 4 และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย เพื่อสร้างผลงานวิจัยและพัฒนา สร้างองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็งในระดับภูมิภาค/ระดับประเทศ
 - 2.2 จัดตั้งกองทุนวิจัยของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
 - 2.3 เพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากรในองค์กร สร้างผลงานวิจัย โดยการให้ค่าตอบแทนการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับประเทศ/นานาชาติ
 - 2.4 จัดทีมให้การสนับสนุนกระบวนการจัดทำวิจัย ให้คำปรึกษาระเบียบขั้นตอนการจัดทำ การขอทุน การเบิกจ่าย ตลอดจนการจัดหาแหล่งเผยแพร่ผลงาน
3. ผลักดันผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาในระดับเขตสุขภาพที่3 และเขตสุขภาพที่ 4
 - 3.1 มีระบบสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลิตวารสารเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ด้านโรคมะเร็ง ในเขตบริการสุขภาพ 3,4 เช่น การจัดประชุมวิชาการประจำปี
 - 3.2 พัฒนา e-journal ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย

3.3 สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยในระดับเขตบริการสุขภาพที่มีความก้าวหน้า เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการวิจัย การแลกเปลี่ยนวิชาการ และการทำวิจัยร่วมกัน

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย พ.ศ.				
			60	61	62	63	64
KPI 1.1 ทิศทางงานวิจัย ความก้าวหน้า และผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงาน (ตามคำรับรอง)	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	5	7	7	7	7	7
(1) จำนวนนักวิจัยคุณภาพ (สะสม)	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	40	0	0	25	25	50
(2) จำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	5	6	7	8	9	10
KPI 1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการ ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ตามคำรับรอง)	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	3	4	4	4	4	4
(1) จำนวนผลงานวิจัย/ ประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ (สะสม)	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	5	5	6	7	8	9
(2) จำนวนผลงานวิจัย / ประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับ การตีพิมพ์เผยแพร่	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	2	2	2	3	3	4
KPI 1.3 จำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยี	0	0	1	2	3	4

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 1 : โครงการสร้างนักวิจัยคุณภาพของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี (ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี)

โครงการที่ 2 : โครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี)

โครงการที่ 3 : โครงการพัฒนา e-journal ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี (ผู้รับผิดชอบ : งานห้องสมุด)

กลยุทธ์ที่ 2

พัฒนาระบบสารสนเทศทางวิชาการ ช่องทางรองรับการถ่ายทอดผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายสุขภาพ ในระบบสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. ปรับปรุงระบบสารสนเทศรองรับการดำเนินงานทางวิชาการ
 - 1.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลภายในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการถ่ายทอดผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เป็นฐานข้อมูลรองรับการจัดบริการโรคมะเร็งในรูปแบบของภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
 - 1.2 การเชื่อมโยงระบบข้อมูลผลงานวิชาการ องค์ความรู้ วิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตที่ทันสมัยให้เป็นการบริการความรู้ออนไลน์ (e-learning) ที่มีข้อมูลสมบูรณ์แม่นยำเชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และมีระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูลด้านสารสนเทศ
 - 1.3 การพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศโดยมีการทบทวนฐานข้อมูลทั้งหมดของโรงพยาบาลในแต่ละยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานที่จำเป็นในแต่ละยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลใหม่ หรือปรับปรุงฐานข้อมูลเดิม
 - 1.4 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรของโรงพยาบาลในการบริหารจัดการด้านสารสนเทศตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง
2. สร้างศูนย์ข้อมูลทางบริการ และวิชาการโรคมะเร็ง เพื่อให้เป็นแหล่งศึกษา อ้างอิงทางวิชาการของเขตสุขภาพ และประเทศ
 - 2.1 พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยจัดสร้างศูนย์วิทยาบริการและสารสนเทศ
 - 2.2 สร้างนวัตกรรม application เพื่อการเผยแพร่วิชาการผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ Mobile application
 - 2.3 สร้างฐานข้อมูลผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านโรคมะเร็ง รองรับปัญหา ความต้องการทางการแพทย์ และวิชาการของเขตสุขภาพ
3. สร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อการถ่ายทอดผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายสุขภาพในระบบสาธารณสุขทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ โดย
 - 3.1 การพัฒนาทีมถ่ายทอดวิชาการแบบสหวิชาชีพเชิงรุก เพื่อนำวิชาการสู่เครือข่าย
 - 3.2 สร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการกับโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อนำวิชาการสู่การพัฒนาบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

3.3 จัดให้มีทีมที่ปรึกษา แนะนำ ทางวิชาการมะเร็งวิทยา ประจำแต่ละโรงพยาบาลที่มีพันธมิตร
ร่วมกัน

3.4 จัดงานวิชาการมะเร็งวิทยาของเขตสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 2.1 ระดับความสำเร็จในการจัดทำระบบเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์	N/A	2	3	4	4	5
KPI 2.2 จำนวนครั้งของการให้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์	N/A	-	500	1,000	5,000	10,000
KPI 2.3 จำนวนเครือข่ายความร่วมมือการพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์ต่อปี	เลขา คกก.service plan	N/A	2	4	6	8	10

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 4 : โครงการจัดทำระบบเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning)
(ผู้รับผิดชอบ : คกก. IM)



กลยุทธ์ที่ 3

เสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ

ให้มีความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหาร มีสมรรถนะในการจัดการโรคประจำตัวในพื้นที่
อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน บรรลุเป้าหมายตาม Service plan และแผนยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ปัญหา การเสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ ดังนี้
 - 1.1 ปรับปรุงการดำเนินงานในการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย โดย
 - จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline : CPG) เพื่อนำไปถ่ายทอดให้ความรู้ให้หน่วยงานในเครือข่ายนำคู่มือไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยมีเรื้อรังในพื้นที่
 - อบรมบุคลากรในเครือข่ายรองรับการพัฒนาการดำเนินงานตาม CPG ให้หน่วยงานในเครือข่ายมาศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมการกำกับติดตามเยี่ยมรับฟังความต้องการของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
 - 1.2 การเพิ่มประสิทธิภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ โดย
 - กำหนดเป็นนโยบายให้เกิดการเชื่อมโยง ทรัพยากร และระบบสาธารณสุขทุกระดับ ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการด้านโรคเรื้อรังอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีเรื้อรัง
 - ร่วมสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านโรคเรื้อรังแบบบูรณาการร่วมของพื้นที่ ให้บรรลุเป้าหมายตาม service plan โดยเน้นการให้คำปรึกษา การนำส่งวิชาการ การทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับหน่วยงานในระบบสาธารณสุขในรายอำเภอทั้งภารกิจส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยมีเรื้อรังในพื้นที่
2. ต่อยอดการพัฒนา ศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ ดังนี้
 - 2.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้บรรลุเป้าหมายตาม service plan โดย
 - จัดทำแผนร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ ในการจัดหาทรัพยากร เพื่อให้สามารถจัดระบบบริการสุขภาพด้านโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมทุกพื้นที่
 - ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางสุขภาพสู่เครือข่าย เพื่อให้เครือข่ายมีองค์ความรู้ที่สามารถส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพด้านโรคเรื้อรัง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค โดยช่องทางที่สร้างขึ้นในรูปแบบของวารสาร (Journal) ตำราวิชาการ หรือแนวทางการรักษา และ website สองภาษา

2.2 การพัฒนาชุมชนต้นแบบที่ดีในการเรียนรู้เพื่อลดการเกิดโรคมะเร็ง โดย

- จัดทำสื่อในการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนต้นแบบ คัดเลือกชุมชนที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการที่จะเป็นชุมชนต้นแบบในการสร้างการเรียนรู้เพื่อลดการเกิดโรคมะเร็ง
- การลงนามความร่วมมือกับชุมชนในการพัฒนาการเป็นชุมชนต้นแบบที่ดีในการเรียนรู้เพื่อลดการเกิดโรคมะเร็ง
- การกำหนดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันทั้งกิจกรรมทางด้านสุขภาพ กิจกรรมทางวิชาการ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม กิจกรรมสานสัมพันธ์ เป็นต้น

3. การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ในการเสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ ดังนี้

3.1 การพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูล ให้เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลทุกระดับ โดย

- การจัดทำระบบสารสนเทศ ที่มีกระบวนการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลสุขภาพในทุกๆด้านได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม รวมถึงด้านการรายงานข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
- การจัดทำทะเบียนมะเร็ง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงปัญหาสำคัญของโรคมะเร็ง และมุ่งจัดการปัญหาอันดับสำคัญที่สุดของพื้นที่นั้นๆ โดยการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่ในการรณรงค์ การส่งเสริม ป้องกันปัญหาการเกิดโรคในพื้นที่ตามบริบท

3.2 การพัฒนาระบบบริการแบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โดย

- กำหนดรูปแบบบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) ของโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการและความต่อเนื่องในการดูแล



ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 3.1 จำนวนจังหวัดที่จัดทำทะเบียนมะเร็ง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (สะสม)	หัวหน้างานทะเบียนมะเร็ง	Na	1	3	6	9	12
KPI 3.2 จำนวนโรงพยาบาล ที่พัฒนาการบริการ ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline : CPG) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษา พันฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่	เลขา คกก. service plan	N/A	5	10	15	20	25
KPI 3.3 จำนวนโรงพยาบาล ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการและความต่อเนื่องในการดูแล	เลขา คกก. service plan	N/A	5	10	15	20	25
KPI 3.4 ร้อยละเครือข่ายสุขภาพที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน	เลขา คกก. service plan	N/A	20	30	40	50	60
KPI 3.5 ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ (ตามคำรับรอง)	เลขา คกก. service plan	5	5	5	5	5	5

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

- โครงการที่ 5 โครงการจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline: CPG) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษา พันฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ (ผู้รับผิดชอบ : คกก.PCT)
- โครงการที่ 6 นิเทศการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ (ผู้รับผิดชอบ : คกก.service plan)

กลยุทธ์ที่ 4

สร้างระบบการฝึกอบรมพัฒนาแบบครบวงจร มุ่งพัฒนาขีดความสามารถแก่บุคลากรทางการแพทย์
ด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหาความต้องการของเครือข่ายสุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญของทีมแพทย์
และวิทยาการทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาที่ทันสมัย

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ปัญหาการฝึกอบรม พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ดังนี้
 - 1.1 ศึกษา วิเคราะห์ ความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรด้านมะเร็งวิทยาในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
 - 1.2 มุ่งแก้ปัญหาฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้
 - การจัดการวิทยากรคุณภาพที่เชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง โดยการลงนามความร่วมมือ (MOU) กับมหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อให้การสนับสนุนทีมวิทยากรแก่โรงพยาบาลพร้อมทั้งพัฒนาแพทย์ของโรงพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญให้เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้
 - การเพิ่มประสิทธิภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ หลักสูตรอบรมของโรงพยาบาลโดยเน้นการสื่อสาร ผ่านเครือข่าย บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านโรคมะเร็ง การชี้แจงหลักสูตรเชิงรุก เป็นต้น
 - 1.3 ปรับปรุงโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์การฝึกอบรมและพัฒนา (Training center) โดย
 - เน้นความโดดเด่นของการพัฒนาเพื่อการรองรับความจำเป็นรวมทั้งแพทย์พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีระบบการฝึกอบรมที่ทันสมัยนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการฝึกอบรม
 - แสวงหาเครือข่ายในการฝึกอบรมในระดับนานาชาติ
 - สร้างระบบการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อยกระดับเป็นศูนย์การฝึกอบรม และพัฒนาที่สมบูรณ์แบบครบวงจร มีโครงสร้างการทำงานอย่างมืออาชีพมีความคล่องตัว มีระเบียบปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน และมีศักยภาพในการแสวงหารายได้ พร้อมสร้างทีมงานที่รับผิดชอบการอบรมและพัฒนาที่มีสมรรถนะสูง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนารูปแบบมาตรฐานการจัดการหลักสูตรการฝึกอบรม โดย
 - 2.1 พัฒนา รพ. ให้เป็น Training center โดยมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีระบบการฝึกอบรมที่ทันสมัย และมีเครือข่ายการฝึกอบรมระดับนานาชาติ

- 2.2 สร้างและพัฒนาหลักสูตรการให้คำปรึกษาด้านเคมีบำบัด หลักสูตรด้านรังสีรักษา หลักสูตรด้านการจัดทำทะเบียนมะเร็ง หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หลักสูตรผู้ช่วยการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน ทั้งนี้หลักสูตรทางการพยาบาลต้องผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล
- 2.3 การเตรียมโรงพยาบาลรับการเป็นประชาคมอาเซียน โดยการเปิดหลักสูตรการพยาบาลมะเร็งระดับนานาชาติ
3. การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการสร้างระบบการฝึกอบรมพัฒนาแบบครบวงจร ดังนี้
 - 3.1 สร้างระบบการฝึกอบรมของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีให้เป็นระบบการฝึกอบรมและพัฒนา โดยให้มีความโดดเด่นของการพัฒนาเพื่อรองรับความจำเป็นในอนาคตของประเทศ ทั้งแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยมีการอบรมที่ทันสมัย และมีเครือข่ายในการฝึกอบรมในระดับนานาชาติ โดย
 - จัดทำแผนแม่บทเพื่อการสร้างและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอย่างมืออาชีพ
 - สร้างระบบการฝึกอบรม พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมที่พัฒนาแบบเต็มรูปแบบทันสมัยและครบวงจรของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ และมีความชำนาญอย่างมืออาชีพ มีระเบียบปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและมีศักยภาพในการแสวงหารายได้ที่พึ่งตนเองได้ในอนาคต พร้อมทั้งทีมงานที่รับผิดชอบการอบรมและพัฒนาที่มีสรรถนะสูง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - 3.2 การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่มีมาตรฐาน
 - มีการสร้างและพัฒนาหลักสูตรการอบรม ด้านรังสีรักษา การอบรมฝึกพูดผู้ป่วยไร้กล่องเสียง อบรมการฝึกกลืนของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้น ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ทั้งนี้หลักสูตรต้องผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล
 - เปิดหลักสูตรอบรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระดับนานาชาติ เพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน
 - 3.3 สร้างสรรค์นวัตกรรมผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับการฝึกแพทย์เฉพาะทาง
 - สร้างระบบคอมพิวเตอร์ฝึกอบรมออนไลน์ เพื่อการเรียนรู้ด้วยตัวเอง
 - ร่วมมือกับสถาบันวิชาการโรงพยาบาลต่างประเทศเพื่อการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมร่วมกัน
4. การพัฒนาระบบการฝึกอบรมการพัฒนาแบบครบวงจร ดังนี้
 - 4.1 พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์การฝึกอบรมด้านมะเร็งวิทยาแบบครบวงจร (Lopburi Cancer Training Center) โดยมุ่งเน้นพัฒนาขีดความสามารถแก่บุคลากรทางการแพทย์ ด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหา ความต้องการของเครือข่ายสุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญของทีมแพทย์ และวิทยาการทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาที่ทันสมัย โดย

- สร้าง และพัฒนาหลักสูตรการอบรม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น หลักสูตรด้านเคมีบำบัด หลักสูตรด้านรังสีรักษา หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทั้งนี้ หลักสูตรต้องผ่านการรับรองจากหน่วยงาน เช่น จากสภาการพยาบาล
 - ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสร้างและพัฒนาหลักสูตรในการเตรียมความพร้อมของ โรงพยาบาลด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน
 - ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดหาวิทยากรที่มีคุณภาพและเชี่ยวชาญ โดยสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง มาสนับสนุนทีม วิทยากรของโรงพยาบาล
 - พัฒนาระบบการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประชาสัมพันธ์ หลักสูตรการอบรมของ โรงพยาบาล โดยเน้นการสื่อสารกับเครือข่ายสุขภาพ
5. สร้างนวัตกรรมการฝึกอบรมและการพัฒนาของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยการสร้างสรรค์นวัตกรรม ผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5.1 พัฒนาและสร้างนวัตกรรม Application ฐานข้อมูลวิจัยด้านโรคมะเร็ง ผ่านอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์
- 5.2 พัฒนาและสร้างนวัตกรรม mobile Application ฐานข้อมูลวิจัยด้านโรคมะเร็ง ผ่านอุปกรณ์ เคลื่อนที่
- 5.3 ร่วมมือกับสถาบันวิชาการจากโรงพยาบาลต่างประเทศเพื่อจัดทำงานวิจัยร่วมกัน
- 5.4 สร้างและร่วมมือกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศเพื่อคิดค้นพัฒนาวัสดุทาง การแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์ เทคนิคการผ่าตัดต่างๆ การรักษาและดูแลผู้ป่วย

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 4.1 จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา	เลขา คกก.KM	3	3	3	3	4	4
KPI 4.2 จำนวนการลงนามความร่วมมือ (MOU) เพื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติงานด้านมะเร็งวิทยา	เลขา คกก.KM	N/A	1	2	3	4	5
KPI 4.3 ระดับความสำเร็จในการยกระดับเป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์	เลขา คกก.KM	N/A	1	2	3	4	5

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 7 โครงการพัฒนาหลักสูตรการอบรมแบบครบวงจร (ผู้รับผิดชอบ : คกก.KM)

โครงการที่ 8 โครงการ "งานวิชาการมะเร็งวิทยา" (ผู้รับผิดชอบ : คกก.KM)

กลยุทธ์ที่ 5

สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่บริการ
และขับเคลื่อนวิชาการมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย
และลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ไขปัญหการเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญของเขตสุขภาพ ดังนี้
 - 1.1 กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน ในลักษณะองค์รวมแบบบูรณาการ และวิเคราะห์สถานการณ์ การเกิดโรคมะเร็งในเขตสุขภาพ จากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล และระดับประชากร เพื่อกำหนดโรคมะเร็งที่สำคัญในการดำเนินงาน
 - 1.2 การวิเคราะห์และกำหนดปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ และกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ เป้าหมาย และวิเคราะห์ และกำหนดปัจจัยของพฤติกรรม
 - 1.3 กำหนดกลวิธีของแผน และกิจกรรมโครงการ รวมถึงการวางแผน ควบคุมกำกับ ประเมินผลจัดทำ แผนงานโครงการในระดับพื้นที่นำร่อง พร้อมการดำเนินการควบคุม กำกับ และประเมินผล
2. ต่อยอดการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย ตามหลักวิชาการ ดังนี้
 - 2.1 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง และประโยชน์ที่จะได้รับจากการ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งโดยการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และสื่อต่างๆ
 - 2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็ง เพื่อสามารถดูแลตนเอง ให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งโดยการ ร่วมกับหน่วยงานในระบบสาธารณสุขในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ สื่อสารโรคมะเร็งสู่ชุมชน
 - 2.3 ร่วมมือกับหน่วยงานในระบบสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์กรภาคเอกชน ท้องถิ่น ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็ง ผ่านกลวิธีทางสุศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ
3. สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ ที่เป็นต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพ ดังนี้
 - 3.1 ร่วมกับหน่วยงานในระบบสาธารณสุข และท้องถิ่น ในคัดเลือกพื้นที่นำร่องเพื่อการศึกษาข้อมูล การเกิดโรคมะเร็ง รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุที่สำคัญ เพื่อกำหนดประเด็นการ สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ ที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2 ส่งเสริมเครือข่ายในระบบสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์วิชาการทางมะเร็งวิทยา ทั้ง กระบวนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นแนวทางการสร้างสรรค์ รูปแบบวิชาการ การกำหนดรูปแบบวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพ การนำรูปแบบวิชาการ การ

ส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมปฏิบัติ และการร่วมประเมินผลรูปแบบวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพหาก
ผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ให้ทบทวน และปรับปรุง อย่างต่อเนื่อง

- 3.3 กำหนดพื้นที่ต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม
ผู้ป่วย และลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพในทุกจังหวัด โดยเน้นการลดโรคที่เป็นปัญหา
สำคัญของพื้นที่

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 5.1 จำนวนต้นแบบการส่งเสริม สุขภาพด้านโรคมะเร็ง	หัวหน้างานส่งเสริม สุขภาพ	N/A	0	1	1	1	1
KPI 5.2 ระดับความสำเร็จในการสร้าง ต้นแบบความสำเร็จในการ ส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง	หัวหน้างานส่งเสริม สุขภาพ	N/A	3	5	5	5	5
KPI 5.3 จำนวนเครือข่ายต้นแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบ ประคับประคองแบบองค์รวม (Palliative care)	เลขา คกก.Palliative care	N/A	1	1	1	1	1

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

- โครงการที่ 9 โครงการต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
(ผู้รับผิดชอบ : งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ)
- โครงการที่ 10 โครงการพัฒนาต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบประคับประคอง แบบองค์รวม
(Palliative care) (ผู้รับผิดชอบ : คกก.Palliative care)

กลยุทธ์ที่ 6

พัฒนาระบบการบริการที่ยอดเยี่ยมที่ผู้ใช้บริการมีความสุข
สร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการจัดบริการทางการแพทย์
และการใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ให้เกิดคุณค่าสูงสุด

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ปัญหาระยะเวลาเวลารอคอยรับบริการตรวจรักษาล่าช้า โดย
 - 1.1 จัดสรรแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้มีอัตรากำลังเพียงพอและสมดุลกับภาระงาน
 - 1.2 จัดทำแผนความจำเป็นในการจัดหา/เพิ่มอุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์เพิ่มเติม
 - 1.3 นำระบบ ICT มาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อร่วมลดระยะเวลาการรอคอย
 - 1.4 ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลลดระยะเวลาการรอคอยในการให้บริการของหน่วยตน
2. มุ่งแก้ปัญหาความขาดแคลนสถานที่ที่สนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดย
 - 2.1 จัดสร้างอาคารจอดรถสำหรับผู้รับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
 - 2.2 จัดบริการร้านอาหารที่มีความหลากหลายและเพียงพอต่อผู้รับบริการ
3. ต่อยอดการสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการจัดบริการทางการแพทย์โดย
 - 3.1 สร้างโรงพยาบาลให้เกิดการเยียวยาทางด้านจิตใจโดยใช้พลังธรรมชาติในการ เน้นการออกแบบให้มีพื้นที่สีเขียวโดยรอบพื้นที่เพื่อให้ร่มเงาเกิดบรรยากาศร่มรื่นชื่นใจ และช่วยป้องกันมลภาวะทางอากาศทั้งเสียง ควัน และฝุ่นจากภายนอกโครงการโดยการปลูกไม้ พร้อมการสอดแทรกธรรมชาติเข้าไปยังงานสถาปัตยกรรม โดยการปลูกต้นไม้กระจายเข้าไปยังแผนกต่างๆ หรือใช้ไม้ประดับตกแต่งภายในอาคาร หรือใช้น้ำเป็นส่วนในการตกแต่งทั้งภายนอกและภายในอาคาร ได้แก่ บ่อน้ำ ผนังน้ำตก น้ำพุ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความสดชื่น และผ่อนคลาย
 - 3.2 ออกแบบสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อให้จิตใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม นำไปสู่จิตใจอันเป็นกุศล โดยการ
 - 3.3 เตรียมพื้นที่รองรับความเชื่อทางศาสนา ได้แก่ ห้องสวดมนต์ ทำสมาธิ ห้องละหมาด เป็นต้น และการออกแบบภูมิทัศน์ที่เอื้อให้เกิดความสงบ
 - 3.4 สร้างโรงพยาบาลให้มีสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดมิตรภาพบำบัดโดยการจัดพื้นที่ให้ความรู้ความเข้าใจและปรึกษาเรื่องการรักษาระหว่างแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้คลายความเครียดและความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติ
 - 3.5 เป็นโรงพยาบาลที่สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานให้แก่ แพทย์บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ โดยการปลูกฝังให้บุคลากรเกิดจิตอาสาของการให้บริการ (Service Mind) สร้างจิตสำนึกในการให้บริการให้เกิดเป็นพฤติกรรมถาวรในการปฏิบัติงานประจำวัน พร้อมจะ

ปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ พอใจ และสบายใจ โดยการสร้างบุคลิกภาพ ท่าทางพูดคุย
อย่างเป็นกันเอง เอาใจใส่ กระตือรือร้นและเต็มใจ คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ

4. ต่อยอดความเป็นเลิศในการจัดบริการของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดย
 - 4.1 พัฒนางานประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีให้มีศักยภาพเพื่อรองรับ AEC ด้วยการสรรหาบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถด้านการใช้ภาษา IT รอบรู้เกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาล และมีจำนวนเพียงพอ
 - 4.2 พัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทุกระดับให้มีความเป็นเลิศเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำโดยการนำระบบการประเมินผลการบริการแบบ Real Time ใช้ในการติดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และกระตุ้นพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ
 - 4.3 จัดบริการให้มีการชำระเงินผ่านบัตรเครดิต เพื่อการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการ
5. การสร้างสิ่งใหม่ในการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีโดย
 - 5.1 สร้างสรรค์บริการในการตรวจสุขภาพ รูปแบบการบริการอื่นๆ สำหรับผู้ให้บริการที่มีศักยภาพ
 - 5.2 พัฒนาระบบการจองคิวล่วงหน้าผ่านระบบ Internet เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย และสะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
 - 5.3 จัดบริการให้มีห้องชำระเงินและห้องจ่ายยาครอบคลุมทุกอาคารที่เปิดให้บริการกับผู้ป่วย
 - 5.4 เพิ่มพื้นที่ของโรงพยาบาล สำหรับสร้างอาคาร เพื่อขยายงานบริการในรูปแบบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล โดยการย้ายอาคารที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ไปอยู่ในพื้นที่ที่จัดเตรียมให้ใหม่อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 6.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ตามเกณฑ์ที่กำหนด	เลขา คกก.ด้านหน้า						
(1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีใน 6 สัปดาห์							
- 2มิติ	เลขา คกก.ด้านหน้า	40.66	>60	>60	>65	>65	>65
- 3มิติ	เลขา คกก.ด้านหน้า	33.2	>60	>60	>65	>65	>65
(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีใน 6 สัปดาห์	เลขา คกก.ด้านหน้า	51.83	>60	>60	>65	>65	>65
(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 4 สัปดาห์	เลขา คกก.ด้านหน้า	35.67	>60	>60	>65	>65	>65
(4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ทราบผลชิ้นเนื้อใน 2 สัปดาห์	เลขา คกก.ด้านหน้า	89.8	>60	>60	>65	>65	>65
6.2 ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ							
(1) ผู้ป่วยนอก	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	81.05	85	85	85	85	85
(2) ผู้ป่วยใน	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	85.22	85	85	85	85	85
6.3 จำนวนรายได้จากการจัดบริการพิเศษ	เลขา คกก.ด้านหน้า	N/A	5	5	5	10	10

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 11 โครงการพัฒนาการบริการที่ยอดเยี่ยม (ผู้รับผิดชอบ : คกก.ด้านหน้า)

โครงการที่ 12 โครงการสร้างบรรยากาศและสถานที่เพื่อความผ่อนคลายสำหรับผู้มารับบริการ (ผู้รับผิดชอบ : ฝ่ายบริหารทั่วไป)

กลยุทธ์ที่ 7

ยกระดับโรงพยาบาลสู่ศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง
ระดับซับซ้อน ยุ่งยาก เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งของเขตสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญชั้นสูง
สมคุณค่ากรรมการแพทย์ และโดดเด่นในระดับประเทศ

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ / รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ปัญหาวิกฤติด้านการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง โดย
 - 1.1 เพิ่มแพทย์สาขาที่ขาดแคลนโดยการวิเคราะห์ความจำเป็นและสื่อสารความต้องการแก่กรรมการแพทย์ ในการขยายกรอบอัตรากำลังของแพทย์ให้เหมาะสมตามภาระงาน
 - 1.2 ทำการลงนามร่วมมือ (MOU) กับโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อรับการสนับสนุนทีมแพทย์ในการตรวจรักษาโรคมะเร็งร่วมกันในเขตสุขภาพ หรือระหว่างเขตสุขภาพ หรือในสังกัดกรมการแพทย์
 - 1.3 ส่งเสริมสนับสนุนทุนการศึกษาให้แก่แพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดลพบุรี ได้ศึกษาในสาขาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่ขาดแคลนหรือสาขาที่โรงพยาบาลมีความต้องการ
 - 1.4 สร้างแรงจูงใจ และจัดสวัสดิการที่สูงกว่าสวัสดิการขั้นพื้นฐานของภาครัฐให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ กำหนดให้มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษประจำปี เพิ่มค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรคงอยู่ในการปฏิบัติงาน และลดการลาออกหรือย้ายงาน
2. ต่อยอดความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง โดย
 - 2.1 เพิ่มจำนวนแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่มีอยู่แล้วให้มีความเหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาล ช่วยเพิ่มศักยภาพในการตรวจรักษาผู้ป่วย ลดระยะเวลารอคอยในการรอรับการรักษารักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นการเพิ่มการศึกษา ค้นคว้า วิจัย นวัตกรรมใหม่ให้กับโรงพยาบาล
 - 2.2 เพิ่มเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีศักยภาพและประสิทธิภาพ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ด้วยการจัดทำแผนงบประมาณเสนอต่อกรรมการแพทย์ จัดซื้อด้วยเงินบำรุงของโรงพยาบาลตลอดจนการหางบสนับสนุนจากองค์กรภายนอก หรือจัดกิจกรรมเพื่อหารายได้ เช่น ทอดกฐิน-ผ้าป่า แข่งขันกีฬากรุศล เป็นต้น
 - 2.3 เพิ่มจำนวนห้องผ่าตัด และบุคลากรห้องผ่าตัด เพื่อเสริมศักยภาพการผ่าตัดโรคมะเร็งที่ซับซ้อน และลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดของผู้ป่วย
 - 2.4 เข้าร่วมวิจัยทางคลินิกระดับชาติและระดับนานาชาติ เพื่อให้แพทย์ได้มีประสบการณ์ในการรักษาโรคมะเร็งที่ทันสมัย และผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน
 - 2.5 การนำเทคนิคทางการแพทย์สมัยใหม่ มาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ การใส่แร่ผู้ป่วยด้วยระบบ 3 มิติ

- 2.6 ส่งเสริมระบบการดูแล และรักษาผู้ป่วยมะเร็งหุ คอ จมูก ให้มีศักยภาพสูงขึ้นอย่างครบวงจร
- 2.7 ส่งเสริมให้การส่งกล้องระบบทางเดินอาหารมีศักยภาพเพิ่มสูงขึ้นโดยการเพิ่มจำนวนห้องตรวจ และบุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ เพื่อรองรับการบริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ
3. ต่อยอดความสำเร็จระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดย
 - 3.1 การตอบกลับข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งผ่านทางระบบICT เพื่อให้โรงพยาบาลในเครือข่าย ได้รับทราบข้อมูล และสามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
4. การสร้างสิ่งใหม่ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีโดย
 - 4.1 การสร้างระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การรักษาผู้ป่วยและให้คำปรึกษาด้านโรคมะเร็งกับแพทย์ใน เครือข่ายผ่านระบบ Teleconference
 - 4.2 นำระบบ Teleconference มาใช้ในการขอปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับโรคที่ส่งปรึกษาบ่อย เช่น โรคหัวใจ กับโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านนั้น ๆ ที่โรงพยาบาลทำการลงนาม ร่วมมือ (MOU) ด้วย
5. พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีความเป็นเลิศในระดับแนวปฏิบัติที่ดีโดย
 - 5.1 การส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล สร้างรูปแบบบริการเฉพาะของการ บริการแบบSeamless one
 - 5.2 พัฒนาการบริการที่เน้นการสร้างสุขระหว่างรอรับบริการด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การนวดผ่อนคลาย ดนตรี มุมพักผ่อน ร้านกาแฟ ร้านหนังสือ ร้านสะดวกซื้อ Free Wi-Fi เป็นต้น
6. สร้างสรรค์นวัตกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีโดย
 - 6.1 คิดค้น พัฒนาเทคนิคการผ่าตัด และการรักษาโรคมะเร็งด้านต่าง ๆ รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อ สร้างสรรค์ให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 7.1 จำนวนนวัตกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และประเมิน เทคโนโลยี	N/A	0	1	2	3	4
KPI 7.2 จำนวนรูปแบบบริการเฉพาะของ การบริการแบบ Seamless one	หัวหน้างานศูนย์ส่งต่อ						

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 7.3 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี						
- มะเร็งเต้านม		N/A	20	40	60	80	90
- มะเร็ง H&N		N/A	20	40	60	80	90
- มะเร็งปากมดลูก		N/A	20	40	60	80	90
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		N/A	20	40	60	80	90
KPI 7.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ (สะสม)	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี	N/A	20	30	40	50	60
KPI 7.5 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยใน (CMI)	หัวหน้างานเวชระเบียน	3.32	3	3	3	3	3
KPI 7.6 อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	0.052	0	0	0	0	0

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 13 โครงการโรงพยาบาลศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง (ผู้รับผิดชอบ : คกก. COE to NHA)

โครงการที่ 14 โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ (ผู้รับผิดชอบ : งานศูนย์ส่งต่อ)



กลยุทธ์ที่ 8

บูรณาการทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ
เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ
ที่มีประสิทธิภาพในการรองรับความต้องการทางสุขภาพของเขตสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ / รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ปัญหาการบูรณาการของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ
 - 1.1 วิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรและจัดทำแผนทรัพยากรร่วมกันกับเครือข่ายในเขตสุขภาพ
 - 1.2 ผลักดันนโยบายการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขตบริการสุขภาพ และเชื่อมโยงระบบการทำงานของโรงพยาบาลกับเครือข่ายสุขภาพด้วยการทำข้อตกลงร่วมกัน
2. ต่อยอดการบูรณาการทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชน
 - 2.1 พัฒนาระบบสื่อสารของโรงพยาบาลในการส่งต่อข้อมูล โดยการใช้ข้อมูลเดียวกันผ่านทางเว็บไซต์เพื่อการใช้งานร่วมกับเครือข่าย
 - 2.2 พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ
3. สร้างสรรค์สิ่งใหม่ในการใช้ทรัพยากรร่วมกันของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ
 - 3.1 กำหนดสมรรถนะของบุคลากรเฉพาะทางของบุคลากรด้านโรคมะเร็งในเขตบริการสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - 3.2 นำระบบ ICT มาใช้ในการยกระดับการประสานงานให้รวดเร็วทันเวลาเสริมสร้างศักยภาพการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ
 - 3.3 ลดรอยต่อการเข้าถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกันของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ โดยการสร้างแนวทางร่วมกันของเครือข่ายในเขตสุขภาพ
 - 3.4 วิเคราะห์การพัฒนาทางวิชาการเพื่อการนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาวิชาการ การบริการ การบริหาร ของโรงพยาบาล และเครือข่าย

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด	ผลงานที่ ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 8.1 ระดับความสำเร็จ ในการจัดทำ ข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย (Policy Advocacy) ของ โรงพยาบาลร่วมกับ เครือข่าย	หัวหน้ากลุ่ม งานวิจัยและ ประเมิน เทคโนโลยี + เลขา คกก. Service plan	N/A	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
KPI 8.2 ระดับความสำเร็จ ในการพัฒนา โรงพยาบาลตาม เกณฑ์องค์กร สุขภาพระดับชาติ NHA	เลขา คกก. COE to NHA	N/A	ผ่าน เกณฑ์ 4 ข้อ	ผ่าน เกณฑ์ 5 ข้อ	ผ่าน เกณฑ์ 7 ข้อ	ผ่าน เกณฑ์ 8 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ 12 ข้อ
			Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E		Surveillance / Financing / HR		Law&Regulate / Information / Regional Health / Global&International Health
KPI 8.3 ร้อยละของความ เชื่อมั่นของ ผู้ใช้บริการและ เครือข่ายสุขภาพที่ มีต่อโรงพยาบาล	เลขา คกก. service plan	N/A	70	75	80	85	90

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 15 โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสุขภาพระดับชาติ (ผู้รับผิดชอบ : คกก. COE to NHA)

กลยุทธ์ที่ 9

พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลให้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา

ตามความจำเป็นในปัจจุบัน และอนาคต ต่อยอดสมรรถนะบุคลากร

สนับสนุนให้เป็นทีมงานมืออาชีพ มุ่งสร้างการทำงานแบบทีม

บูรณาการเป็นองค์กรที่มีความสุข วัฒนธรรมเข้มแข็ง

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. การเพิ่มศักยภาพพยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งให้สอดคล้องกับการรักษาจากแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเพื่อเกิดประสิทธิภาพที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกพื้นที่การดูแลผู้ป่วย
 - 1.1 กำหนดนโยบายตาม Career Path ให้มีพยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 ของพยาบาลในแต่ละหน่วยงาน โดยเน้นการสร้างความร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษา โรงพยาบาล ที่จัดฝึกอบรมพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งในลักษณะการสร้างพันธมิตรความร่วมมือร่วมกัน
 - 1.2 จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมถึงการวิเคราะห์ความจำเป็น ด้านการพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง 4 เดือน และสาขาเฉพาะทางตามบริบทของงาน เพื่อนำเสนอของบประมาณจากส่วนกลาง กรมการแพทย์ และ Stakeholder ที่มีศักยภาพในการร่วมสนับสนุนทุนในการศึกษาอบรมเพิ่ม เพื่อส่งบุคลากรอบรมได้ตามแผน อย่างน้อย 1 คน/หน่วยงาน
2. การเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญให้ครอบคลุมสาขาที่มีความจำเป็นต่อโรงพยาบาลในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งนรีเวช / พยาธิแพทย์
 - 2.1 โดยวิเคราะห์ความจำเป็นและสื่อสารความต้องการต่อกรมการแพทย์ พร้อมทั้งการนำรูปแบบของการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันในเขตสุขภาพ ระหว่างเขตสุขภาพ และในสังกัดของกรมการแพทย์
 - 2.2 โดยทางโรงพยาบาลจะจัดตั้งกองทุนสนับสนุนนักศึกษาแพทย์และแพทย์เพื่อศึกษาต่อในสาขาที่โรงพยาบาลขาดแคลนเพื่อให้มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
 - 2.3 กำหนดค่าตอบแทนของแพทย์สาขาที่ขาดแคลนในอัตราที่สูงเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
 - 2.4 ต่อยอดสมรรถนะบุคลากรสนับสนุนให้เป็นทีมงานมืออาชีพ มุ่งสร้างการทำงานแบบเป็นทีมบูรณาการเป็นองค์กรที่มีความสุขวัฒนธรรมเข้มแข็งโดยปลูกฝังจิตสำนึกการทำงานโดยใช้ระบบพี่เลี้ยงและส่งเสริมให้มีความรักในองค์กร
3. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีการฝึกอบรมในสาขาที่จำเป็นทั้งในปัจจุบันและอนาคต และมีเครือข่ายการฝึกอบรมในระดับชาติ

- 3.1 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง เน้นการสร้างระบบการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เพื่อยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลระดับชาติ โดยสร้างทีมงานที่รับผิดชอบการอบรมและพัฒนาที่สมรรถนะสูง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 3.2 พัฒนาทักษะสากล (คอมพิวเตอร์ ภาษาอังกฤษ) แก่บุคลากรเพื่อรองรับการจัดบริการ โดยเชื่อมโยงกับระบบการประเมินสมรรถนะ และการพิจารณาค่าตอบแทน
4. เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ให้มีขีดความสามารถในการทำงานเป็นทีมที่เชี่ยวชาญมีผลงานที่โดดเด่นเป็นที่ยอมรับในระดับชาติ
 - 4.1 พัฒนาทีมผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัด รังสีรักษา และทีมอื่นๆ ที่จำเป็นให้ได้รับการอบรมในระดับนานาชาติเพื่อเป็นแกนหลักในการสร้างทีมผู้เชี่ยวชาญ
 - 4.2 สร้างทีมผู้เชี่ยวชาญในด้านเคมีบำบัด รังสีรักษาเพื่อให้คำปรึกษา ช่วยเหลือทีมบุคลากรทางการแพทย์โดยบุคลากรในทีมต้องผ่านการจบหลักสูตรที่ได้รับการรองรับตามมาตรฐาน
5. บูรณาการทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้การทำงานเป็นทีมเป็นองค์กรแห่งความสุขบุคลากรภาคภูมิใจมั่นคงในการปฏิบัติงาน ภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมที่เข้มแข็ง
 - 5.1 ส่งเสริมทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีระดับดัชนีความสุขของการทำงาน ภาคภูมิใจ มีความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมที่เข้มแข็ง
6. การสร้างสรรค์นวัตกรรม การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้ครบทุกสาขาโดย
 - 6.1 ร่วมมือกับสถาบันวิชาการ โรงพยาบาลต่างประเทศเพื่อการทำหลักสูตรฝึกอบรมร่วมกันเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญทุกสาขา
 - 6.2 การสร้างหลักสูตรโดยระบบ Computer ฝึกอบรม Online และ E – Training เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของบุคลากร
 - 6.3 สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงและความเชี่ยวชาญทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญทุกสาขา
7. มุ่งสร้างการทำงานแบบเป็นทีมบูรณาการเป็นองค์กรที่มีความสุขวัฒนธรรมเข้มแข็งโดย
 - 7.1 การปรับนโยบายองค์กรเพื่อให้เป็นโรงพยาบาลองค์กรให้ทำงานมีความสุข วัฒนธรรมเข้มแข็ง จัดให้มีคณะกรรมการ การสวัสดิการเพื่อดูแลสวัสดิภาพ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
 - 7.2 จัดรถรับส่งเจ้าหน้าที่ตามจุดต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกลดภาระในเครื่องค่าใช้จ่ายและที่จอดรถไม่เพียงพอจัดอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ในช่วงเวร เช้า, บ่าย, ดึก
 - 7.3 สร้างวัฒนธรรมองค์กรการร่วมมือของบุคลากร เช่น งานมงคลสมรส ,งานศพ เป็นต้นของแต่ละแผนกโดยผ่านคณะกรรมการสร้างความสุขเพื่อให้เป็นองค์กรเข้มแข็ง และมีความสุข
 - 7.4 สร้างนวัตกรรมใหม่ โดยมีทีมอวยพรวันเกิดสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ โดยให้ผู้บริหารระดับสูงเป็นตัวแทนของกลุ่มในโรงพยาบาล อวยพรวันเกิดพร้อมของขวัญวันเกิดและให้สิทธิวันหยุดแก่พนักงานที่เกิดวันนั้น ๆ เชิญรับประทานอาหารมื้อพิเศษกับผู้บริหารระดับสูง

- 7.5 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เจ้าหน้าที่ออกกำลังกาย นอกหน่วยงานโดยมีบัตรสมาชิก ร่วมกับสถานประกอบการออกกำลังกายโดยที่เจ้าหน้าที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่น ฟิตเนส, โยคะ, วายน้ำ, แอโรบิก, สปาใจ เป็นต้น

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 9.1 ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Functional Competencies)	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล	87.06	90	90	90	90	90
KPI 9.2 ร้อยละของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	เลขา คกก. HRM&HRD	N/A	55	60	65	70	75
KPI 9.3 ร้อยละความพึงพอใจในงาน "ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน"	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล	66.95	65	65	70	70	75
KPI 9.4 ร้อยละของบุคลากรที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (Gap competency) ได้รับการพัฒนา	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล	82.15	100	100	100	100	100

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 16 แผนงานพัฒนาบุคลากร (ผู้รับผิดชอบ : คกก.HRM&HRD)

โครงการที่ 17 โครงการการสร้างเสริมความสุขในการทำงานภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมที่เข้มแข็ง
(ผู้รับผิดชอบ : ฝ่ายทรัพยากรบุคคล/กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/กลุ่มงานวิชาการพยาบาล)

กลยุทธ์ที่ 10

พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลสู่องค์กรทันสมัย มุ่งสู่องค์กรดิจิทัลที่สมบูรณ์ทั้งวิชาการ บริการ และการบริหารจัดการ

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. มุ่งแก้ปัญหาชาदनักวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศ
 - 1.1 การเพิ่มนักวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศโดยการส่งเสริมให้บุคลากรด้านคอมพิวเตอร์ เข้ารับการอบรมเพิ่มความรู้วิทยาการใหม่ ๆ
 - 1.2 วางแผนจัดงบประมาณสำหรับระบบคอมพิวเตอร์ให้มีปริมาณเพียงพอ เพื่อประสิทธิภาพการใช้งานสูงสุด
2. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศของโรงพยาบาลสู่องค์กรดิจิทัล โดยพัฒนาดังนี้
 - 2.1 จัดทำแผน ความจำเป็นในการจัดหา อุปกรณ์เทคโนโลยี คอมพิวเตอร์ ที่มีคุณภาพ ให้มีความเพียงพอต่อการใช้งาน มีคุณภาพ
 - 2.2 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีทักษะ สามารถจัดการข้อมูลและสารสนเทศของโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับบริบทของงานและความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล ที่จะเข้าถึงข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้
 - 2.3 โดยวิเคราะห์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลระบบการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและจำเป็นต่อโรงพยาบาล /เครือข่ายเขตสุขภาพ/ ภายนอกเครือข่าย ทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยให้ครอบคลุมทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการมีการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศของโรงพยาบาลในรูปแบบของดิจิทัลอย่างเป็นระบบ ทันสมัย สามารถนำข้อมูลสารสนเทศดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนางานในด้านต่างๆ ได้
3. การวางแผนการจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
 - 3.1 กำหนดสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ แก่บุคลากรทุกระดับและมีการทดสอบ
 - 3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลในการบริหารจัดการด้านสารสนเทศตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง
 - 3.3 พัฒนารฐานข้อมูลใหม่หรือปรับปรุงฐานข้อมูลเดิมด้านสารสนเทศ โดยมีการทบทวนฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทั้งหมดให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานที่จำเป็นในตามยุทธศาสตร์กรมการแพทย์

4. พัฒนาและยกระดับองค์กรเป็น e-organization เน้นบริหารจัดการองค์กรด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการบริหารหน่วยงานผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (E-office) ทั่วทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล โดย
 - 4.1 เชื่อมโยงข้อมูลภายในโรงพยาบาลทั้งหมด ทั้งการเชื่อมโยงภายในและหน่วยงานที่จำเป็นภายนอกได้อย่างเหมาะสม
 - 4.2 การพัฒนาระบบการรักษาความลับของข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
 - 4.3 ปรับปรุงให้มี Website ของโรงพยาบาลที่มีรูปแบบทันสมัย สวยงาม ใช้งานง่าย ในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รองรับการเปิดสู่นานาชาติ มีการให้ความรู้แบบออนไลน์ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ สำหรับประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถ search หาข้อมูลที่ต้องการทราบ
 - 4.4 พัฒนาให้มีช่องทางทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึง และสามารถสอบถามการรักษา ตีพิมพ์การให้บริการ กับทางโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เป็นแบบ Real time
 - 4.5 พัฒนาช่องทางระบบอินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย ให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางวิชาการ หรืองานวิจัยใหม่ๆเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลที่ทันสมัย
 - 4.6 พัฒนาและสร้างนวัตกรรม Application ทั้งในการให้บริการ บริการ วิชาการ ของโรงพยาบาล
 - 4.7 พัฒนาและสร้างนวัตกรรม Mobile Application ที่เหมาะสมในหน่วยงานที่จำเป็นของโรงพยาบาลผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ ในการให้บริการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 10.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล มุ่งสู่องค์กรดิจิทัล	เลขา คกก.İM	NA	1	2	3	4	5
KPI 10.2 จำนวนระบบสารสนเทศที่ได้รับการพัฒนา(ขึ้นใหม่)	เลขา คกก.İM	N/A	1	1	2	2	3
KPI 10.3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ	เลขา คกก.İM	N/A	65	65	70	70	75

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

โครงการที่ 18 โครงการ Smart Hospital (ผู้รับผิดชอบ : คกก. İM)

กลยุทธ์ที่ 11

พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรคุณภาพที่ยั่งยืน เติบโตอย่างต่อเนื่อง
ด้วยการเรียนรู้และการสร้างสรรค์นวัตกรรมสู่องค์กรสมรรถนะสูง และพึ่งตนเองได้

ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

มาตรการและแนวปฏิบัติ

1. การระบบงานรองรับการเสริมสร้างประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่เป็นเลิศ การมีรายได้ที่พึ่งตนเองได้ตามแนวทาง ดังนี้
 - 1.1 การปรับปรุงระเบียบการดำเนินงานที่กระทบต่อการจัดหารายได้ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางการเงิน โดยคำนึงถึงความถูกต้อง คล่องตัว ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางการเงิน
 - 1.2 นำระบบการลดความสูญเสีย Lean Management และการจัดการความเสี่ยงมาใช้ในการจัดบริการ และการบริหารจัดการทั่วทั้งโรงพยาบาล
 - 1.3 ส่งเสริม สนับสนุน ให้องค์กรบริการคิดค้น สร้างสรรค์กิจกรรมที่สร้างเสริมรายได้แก่โรงพยาบาล
1. การเตรียมความพร้อมเพื่อการรับมือกับการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มลูกค้า UC บัตรประกันสุขภาพตามแนวทางดังนี้
 - 2.1 มีการคัดกรองกลุ่มลูกค้าบัตรประกันสุขภาพ(ส่งกลับต้นสังกัดในกรณีที่สมารถทำได้)
 - 2.2 มีแนวทางในการบริหารจัดการในการให้บริการกลุ่มลูกค้า UC
 - 2.3 การพัฒนาระบบบริการ ที่ก่อให้เกิดรายได้แก่โรงพยาบาล
2. เพิ่มช่องทางการให้บริการที่ก่อให้เกิดรายได้เพิ่มตามแนวทางดังนี้
 - 3.1 เปิดคลินิกตรวจสุขภาพ
 - 3.2 เปิดคลินิกฟรีเยี่ยมในเวลาราชการ
 - 3.3 ขยายบริการนอกสถานที่
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการนำผลงานทางวิชาการ องค์ความรู้ มาสร้างเป็นรายได้แก่โรงพยาบาล ตามแนวทาง ดังนี้
 - 4.1 ทำงานวิจัยเชิงคลินิกเพื่อรองรับโรคทางด้านมะเร็งวิทยา
 - 4.2 เปิดแพทย์เอกให้บริการทางด้านตรวจสุขภาพ
 - 4.3 การสร้างสรรค์หลักสูตรการฝึกอบรม
 - 4.4 การนำผลงานการวิจัยมาสร้างคุณค่า มูลค่า
4. ยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการภายในสู่เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) โดยมีเป้าหมายต้องผ่านระดับ TQC ภายใน 5 ปี

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกลยุทธ์

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ผลงานที่ ผ่านมา	ค่าเป้าหมาย				
			60	61	62	63	64
KPI 11.1 สถานะทางการเงินของ โรงพยาบาล							
(1) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)	หัวหน้าฝ่ายการเงิน และบัญชี	9.73	>1	>1	>1	>1	>1
(2) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio)	หัวหน้าฝ่ายการเงิน และบัญชี	10.96	>1	>1	>1	>1	>1
(3) ร้อยละของรายรับที่เพิ่มขึ้นจากปี ก่อน		28.79	20	20	25	25	25
KPI 11.2 ร้อยละความสำเร็จของการ ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการ ปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับ หน่วยงาน ตามที่ กรมบัญชีกลางกำหนด (ตาม คำรับรอง)	หัวหน้าฝ่ายการเงิน และบัญชี	100	100	100	100	100	100
KPI 11.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ตามขั้นตอนของการรับรอง คุณภาพ (Hospital Accreditation) (ตามคำ รับรอง)	หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
KPI 11.4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับ การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ	Na	1	2	3	4	5 (ผ่าน การ รับรอง)
KPI 11.5 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา สมรรถนะโรงพยาบาล ตาม เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)	หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ	Na	1	2	3	4	5 (ผ่าน การ รับรอง)
KPI 11.6 คะแนนการประเมินมาตรฐาน ความโปร่งใสของส่วนราชการ (แบบประเมินของสำนักงาน กพ.)	หัวหน้าฝ่าย ทรัพยากรบุคคล	91.3	90	90	90	90	90

แผนงาน โครงการ และผู้รับผิดชอบ

- โครงการที่ 19 โครงการโรงพยาบาลพึ่งพาตนเองได้ ด้วยการจัดการที่เป็นมืออาชีพ (ผู้รับผิดชอบ : คกก.ด้านหน้า)
- โครงการที่ 20 โครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA) (ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนาคุณภาพ)
- โครงการที่ 21 โครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) (ผู้รับผิดชอบ : ก.พัฒนาคุณภาพ)

บทที่ 5 แผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

การแปลงยุทธศาสตร์สู่การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พ.ศ. 2560 – 2564 ไปสู่การปฏิบัติ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย โครงการหลัก 21 โครงการ ดังต่อไปนี้

- โครงการที่ 1 โครงการสร้างนักวิจัยคุณภาพของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- โครงการที่ 2 โครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- โครงการที่ 3 โครงการพัฒนา e-journal ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- โครงการที่ 4 โครงการจัดทำระบบเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning)
- โครงการที่ 5 โครงการจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline: CPG) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษา พึ่งผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่
- โครงการที่ 6 โครงการนิเทศ , ตรวจประเมิน เครือข่าย
- โครงการที่ 7 โครงการพัฒนาหลักสูตรการอบรมแบบครบวงจร
- โครงการที่ 8 โครงการ "งานวิชาการมะเร็งวิทยา"
- โครงการที่ 9 โครงการต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- โครงการที่ 10 โครงการพัฒนาต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบประคับประคอง แบบองค์รวม
- โครงการที่ 11 โครงการพัฒนาการบริการที่ยอดเยี่ยม
- โครงการที่ 12 โครงการสร้างบรรยากาศและสถานที่เพื่อความผ่อนคลายสำหรับผู้มารับบริการ
- โครงการที่ 13 โครงการโรงพยาบาลศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง
- โครงการที่ 14 โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ
- โครงการที่ 15 โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสุขภาพระดับชาติ
- โครงการที่ 16 แผนงานพัฒนาบุคลากร
- โครงการที่ 17 โครงการการสร้างเสริมความสุขในการทำงานภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมที่เข้มแข็ง
- โครงการที่ 18 โครงการ Smart Hospital
- โครงการที่ 19 โครงการโรงพยาบาลพึ่งพาตนเองได้ ด้วยการจัดการที่เป็นมืออาชีพ
- โครงการที่ 20 โครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
- โครงการที่ 21 โครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)

5.1 โครงการแบบย่อ (Project Brief)

โครงการที่ 1

1.ชื่อโครงการ	สร้างนักวิจัยคุณภาพของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง มีพันธกิจในการวิจัย พัฒนาสร้างผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อรองรับความต้องการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ โดยกำหนดให้การวิจัยเป็นภารกิจหลักที่สำคัญที่บุคลากรจะต้องตระหนักและจำเป็นต้องทำการศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาของเขตสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศ ให้มีความก้าวหน้าทางวิชาการและความรู้ใหม่ ๆ เกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. สร้างและพัฒนานักวิจัย ให้มีประสบการณ์ด้านการวิจัย 2. พัฒนาศักยภาพของนักวิจัยและคุณภาพของผลงานวิจัย 3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดผลงานวิจัยที่ดี สู่การตีพิมพ์ในระดับชาติ/นานาชาติ
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. มีนักวิจัยคุณภาพ 50 คน 2. มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ระดับประเทศ/นานาชาติ เพิ่มขึ้นมากกว่า 50% 3. มีทีมที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัย 4. มีผลงาน R2R 50 เรื่อง 5. มีผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง 35 เรื่อง 6. โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีมีแนวทางการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	1. นักวิจัยคุณภาพจำนวน 50 คน และผลงาน R2R จำนวน 50 เรื่อง 2. ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง จำนวน 35 เรื่อง
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1</u> การพัฒนาสู่ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญวิชาการด้านมะเร็งวิทยา <u>เป้าประสงค์ที่ 1</u> ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง <u>กลยุทธ์ที่ 1</u> พัฒนาศักยภาพสู่องค์กรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการสร้างสรรค์ผลงานการวิจัย องค์ความรู้นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหาของเขตสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี

8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. การเพิ่มนักวิจัยคุณภาพ - คัดเลือกบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำวิจัย เพื่อแต่งตั้งเป็นทีมวิจัยของโรงพยาบาล - ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยสร้างหลักสูตรและอบรมการทำวิจัยคุณภาพแก่นักวิจัยของโรงพยาบาล 2. สร้างแรงจูงใจ 3. สร้างทีมที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัย - คัดเลือกที่ปรึกษาที่มีความชำนาญในการทำวิจัย - แต่งตั้งทีมที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัย 4. ส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (R2R) - จัดอบรม R2R										
9.งบประมาณ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th><th>งบประมาณ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การเพิ่มนักวิจัยคุณภาพ</td><td>1,500,000</td></tr> <tr> <td>2. สร้างแรงจูงใจ</td><td>300,000</td></tr> <tr> <td>3. สร้างทีมที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัย</td><td>200,000</td></tr> <tr> <td>4. ส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (R2R)</td><td>1,000,000</td></tr> </tbody> </table>	กิจกรรม	งบประมาณ	1. การเพิ่มนักวิจัยคุณภาพ	1,500,000	2. สร้างแรงจูงใจ	300,000	3. สร้างทีมที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัย	200,000	4. ส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (R2R)	1,000,000
กิจกรรม	งบประมาณ										
1. การเพิ่มนักวิจัยคุณภาพ	1,500,000										
2. สร้างแรงจูงใจ	300,000										
3. สร้างทีมที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัย	200,000										
4. ส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (R2R)	1,000,000										
10.ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี										
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง											

โครงการที่ 2

1.ชื่อโครงการ	สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	การพัฒนาศักยภาพระบบสุขภาพของประเทศ ตามนโยบายของรัฐบาลในการแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี แถลงต่อสถาบันนิติบัญญัติแห่งชาติว่าด้วยการวิจัยและพัฒนาการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนในการพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัยและให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศ โดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาที่สำคัญและจากนโยบายกรมการแพทย์ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการแพทย์โดยการศึกษาวิจัย ประเมินพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีและการบริการเพื่อนำไปสู่การเป็นหน่วยงานด้านวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 6 ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวังแห่งชาติ ในการพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัย/เครือข่าย และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านงานวิจัยสุขภาพและจากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการของระบบเครือข่ายการส่งต่อ มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคเฝ้าระวังให้กับโรงพยาบาลในเครือข่าย ทั้งการจัดอบรม การเผยแพร่สื่อความรู้ด้านโรคเฝ้าระวังในรูปแบบของคู่มือและ VCD , มีการจัดทำ MOU ร่วมกัน การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของลูกข่ายให้สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังได้ตามมาตรฐานผ่านทาง CPG ที่จัดทำขึ้น งานวิจัยเป็นรากฐานในการสร้างองค์ความรู้เพื่อนำสู่การพัฒนางานบริการผู้ป่วยโรคเฝ้าระวัง พร้อมทั้งส่งเสริมประสิทธิภาพและสร้างเครือข่ายความร่วมมือการทำงานวิจัยให้เก่ง ประสิทธิภาพต่อการเป็นฐานข้อมูล แหล่งทุนวิจัยและร่วมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ร่วมมือผลิตสร้างผลงานวิจัยในอันที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้การพัฒนางานบริการบนฐานของงานวิจัย ภายใต้ความร่วมมือของเครือข่าย เพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์การวิจัยโรคเฝ้าระวังในเขตบริการสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ยังไม่มีการสร้างผลงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. เพื่อให้เกิดโรงพยาบาลที่มีความร่วมมือเป็นเครือข่ายการวิจัยในเขตบริการสุขภาพมากขึ้น 2. เพื่อให้มีผลงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบมากขึ้น 3. เพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุนการวิจัยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 4. เพื่อให้มีงานวิจัยในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพิ่มขึ้น
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผลิต (Output) 1. มีโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยี 4 โรงพยาบาล 2. มีจำนวนผลงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลภูมิภาค 4 เรื่อง 3. ระดับความสำเร็จในการจัดตั้งกองทุนการวิจัยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

	ผลลัพธ์ (Outcome) 1. ผลงานวิจัยของโรงพยาบาลร่วมกับเขตบริการสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ด้านการพัฒนาศักยภาพขององค์กรและการเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาลและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ 2. ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ 3. ผลงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ผลกระทบ (Impact) 1. ภาพลักษณ์ขององค์กรมีศักยภาพได้รับการสื่อสารในภาพรวมทั้งภายในและภายนอก 2. ภาพลักษณ์ทางวิชาการของมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้รับการสื่อสารในเขตบริการสุขภาพในประเทศ 3. มีผลงานวิจัยเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ 1. จำนวนโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยี 4 โรงพยาบาล 2. จำนวนผลงานวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ 4 เรื่อง 3. ระดับความสำเร็จในการจัดตั้งกองทุนการวิจัยในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ 1. จำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ด้านการพัฒนาศักยภาพองค์กรและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ 2. จำนวนผลงานวิจัยที่นำไปใช้พัฒนาศักยภาพขององค์กรและแปลงพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ 3. ระดับความสำเร็จในการจัดตั้งกองทุนการวิจัยในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1</u> การพัฒนาสู่ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญวิชาการด้านมะเร็งวิทยา <u>เป้าประสงค์ที่ 1</u> ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง <u>กลยุทธ์ที่ 1</u> พัฒนาศักยภาพสู่องค์กรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการสร้างสรรค์ผลงานการวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยาของโรงพยาบาล และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี

8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กับหน่วยงานอื่นทั้งในและต่างประเทศ - ประเมินสภาพปัญหาในความร่วมมือการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ - ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการสร้างเครือข่ายในหน่วยงานนำร่อง - ขยายผลการประสานงานออกสู่ภูมิภาคประเทศและนานาชาติ 2. สร้างผลงานวิจัยและพัฒนา ร่วมกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค - สร้างเครือข่ายงานวิจัยในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ - ประเมินปัญหาในการผลิตผลงานวิจัยร่วมกัน - ผลิตผลงานวิจัย - มีผลงานร่วมกันในโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบ 3. จัดตั้งกองทุนการวิจัยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี - แต่งตั้งกรรมการกองทุนการวิจัย - มีกฎระเบียบการทำงานของคณะกรรมการ - มีผลงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนการวิจัย - มีผลงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ระดับประเทศ/นานาชาติ								
9.งบประมาณ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th><th>งบประมาณ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.สร้างเครือข่าย</td><td>160,000</td></tr> <tr> <td>2.สร้างผลงานวิจัย</td><td>300,000</td></tr> <tr> <td>3.จัดตั้งกองทุนการวิจัย</td><td>500,000</td></tr> </tbody> </table>	กิจกรรม	งบประมาณ	1.สร้างเครือข่าย	160,000	2.สร้างผลงานวิจัย	300,000	3.จัดตั้งกองทุนการวิจัย	500,000
กิจกรรม	งบประมาณ								
1.สร้างเครือข่าย	160,000								
2.สร้างผลงานวิจัย	300,000								
3.จัดตั้งกองทุนการวิจัย	500,000								
10.ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี								
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง									

โครงการที่ 3

1.ชื่อโครงการ	พัฒนา e-journal ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี						
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง รับผิดชอบการให้บริการครอบคลุม 16 จังหวัด ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบน มีพันธกิจในการวิจัย พัฒนาสร้างผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และนวัตกรรมทางการแพทย์ รองรับความต้องการของสุขภาพพื้นที่ และพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ จากพันธกิจดังกล่าว จำเป็นต้องมีช่องทางในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ E-journal เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ในช่องทางที่สามารถสืบค้นผลงานวิจัยได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย ไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง						
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ E-journal 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 3. เพื่อส่งเสริมการใช้วารสารอิเล็กทรอนิกส์ด้านการแพทย์ การพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว						
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. มีระบบ E-journal ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี สามารถนำผลงานการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ประโยชน์ได้ 2. ผู้ใช้บริการสืบค้นสารสนเทศที่ทันสมัย มีความสะดวกรวดเร็ว 3. ใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ได้ทั้งบุคคลภายในและภายนอกหน่วยงาน						
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ							
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1</u> การพัฒนาสู่ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญวิชาการด้านมะเร็งวิทยา เป้าประสงค์ที่ 1 ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการ ส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง <u>กลยุทธ์ที่ 1</u> พัฒนาศักยภาพสู่องค์กรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการสร้างสรรค์ผลงานการวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหาของเขตสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ						
7.ระยะเวลาดำเนินการ	4 ปี						
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. จัดทำระบบฐานข้อมูล E-journal 2. ประชาสัมพันธ์ระบบฐานข้อมูล E-journal						
9.งบประมาณ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th><th>งบประมาณ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จัดทำระบบฐานข้อมูล E-journal</td><td>ใช้จากส่วนกลางกรมการแพทย์</td></tr> <tr> <td>จัดหาชุดเครื่องคอมพิวเตอร์</td><td>4 เครื่อง (ปีละ 2 ชุด)</td></tr> </tbody> </table>	รายการ	งบประมาณ	จัดทำระบบฐานข้อมูล E-journal	ใช้จากส่วนกลางกรมการแพทย์	จัดหาชุดเครื่องคอมพิวเตอร์	4 เครื่อง (ปีละ 2 ชุด)
รายการ	งบประมาณ						
จัดทำระบบฐานข้อมูล E-journal	ใช้จากส่วนกลางกรมการแพทย์						
จัดหาชุดเครื่องคอมพิวเตอร์	4 เครื่อง (ปีละ 2 ชุด)						
10.ผู้รับผิดชอบ	งานห้องสมุด						
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง							

โครงการที่ 4 โครงการจัดทำระบบเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning)

ผู้รับผิดชอบ : คกก.İM

โครงการที่ 5

1.ชื่อโครงการ	จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline: CPG) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่						
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็ง โดยการนำคู่มือไปใช้ในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ และดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการด้านโรคมะเร็งอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน บรรลุเป้าหมายตาม service plan						
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. เพื่อให้โรงพยาบาลในเครือข่ายมีการแลกเปลี่ยนความรู้ และพัฒนาการดำเนินงานตาม CPG 2. ถ่ายทอดให้ความรู้ เทคโนโลยีทางสุขภาพสู่เครือข่าย เพื่อให้เครือข่ายมีองค์ความรู้ที่สามารถ ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพด้านโรคมะเร็ง						
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. มีคู่มือแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (CPG) 10 อันดับโรค 2. โรงพยาบาลในเครือข่าย มีการดำเนินงานตาม CPG						
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ							
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2</u> การพัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหารของเครือข่ายสุขภาพที่มีมาตรฐาน <u>เป้าประสงค์ที่ 2</u> เครือข่ายสุขภาพมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน ปัญหาโรคมะเร็งที่สำคัญในเขตพื้นที่ลดลง <u>กลยุทธ์ที่ 3</u> เสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพให้มีความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหาร มีสมรรถนะในการจัดการโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน บรรลุเป้าหมายตาม service plan และแผนยุทธศาสตร์มะเร็งแห่งชาติ						
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี						
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline) 2. จัดอบรมบุคลากรเครือข่าย ในการใช้คู่มือ 3. กระตุ้นให้มีการนำคู่มือไปใช้						
9.งบประมาณ	<table><tr><td>รายการ</td><td>งบประมาณ</td></tr><tr><td>จัดทำคู่มือ CPG</td><td>จัดทำปีละ 1-2 เรื่องๆ ละ 10,000เล่ม</td></tr><tr><td>จัดอบรมการใช้คู่มือ</td><td>จัดอบรมปีละ 2 จังหวัดใน รพ.ศ/รพ.ท</td></tr></table>	รายการ	งบประมาณ	จัดทำคู่มือ CPG	จัดทำปีละ 1-2 เรื่องๆ ละ 10,000เล่ม	จัดอบรมการใช้คู่มือ	จัดอบรมปีละ 2 จังหวัดใน รพ.ศ/รพ.ท
รายการ	งบประมาณ						
จัดทำคู่มือ CPG	จัดทำปีละ 1-2 เรื่องๆ ละ 10,000เล่ม						
จัดอบรมการใช้คู่มือ	จัดอบรมปีละ 2 จังหวัดใน รพ.ศ/รพ.ท						
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการ PCT						
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง							

โครงการที่ 6

1.ชื่อโครงการ	นิเทศการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	กระทรวงสาธารณสุข มีแผนการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาบทบาทในฐานะ National Health Authority โดยมุ่งเน้นภารกิจ 11 ประเด็นหลัก กรมการแพทย์ มีบทบาทเป็นองค์กรกลางดำเนินการในเรื่องที่กำหนด โดยอาศัยความเชี่ยวชาญของกรมการแพทย์ โดยเน้นหนักด้านการเสนอแนะนโยบาย การจัดการความรู้และวิชาการ การประเมินเทคโนโลยีและการกำหนดรับรองมาตรฐาน การพัฒนาสารสนเทศเพื่อการจัดการ การติดตามประเมินผล และให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่เขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายอย่างเหมาะสม และ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ระดับตติยภูมิ และสูงกว่าตติยภูมิ มีพื้นที่รับผิดชอบตามคำสั่งกรมการแพทย์ และ เขตบริการสุขภาพ จำนวน ๑๖ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดชัยนาท จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้บริการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ตรวจวินิจฉัย ดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งทางด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา รังสีร่วมรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ รวมถึงมีหน้าที่ในการพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อ การศึกษา วิจัย พัฒนา และการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านโรคมะเร็ง ตลอดทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาล และระดับประชากร ซึ่งต้องมีการพัฒนาเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ข้างต้น ทั้งนี้ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้ดำเนินการพัฒนาหน่วยงานให้มีความเป็นเลิศ ทางแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งอยู่แล้ว ดังนั้น โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จึงได้จัดทำ “โครงการนิเทศการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ” ขึ้น เพื่อพัฒนาหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพให้มีศักยภาพด้านโรคมะเร็งให้ได้ตามเกณฑ์ระดับมาตรฐานสถานพยาบาล ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็งและร่วมพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพ ให้สามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	โรงพยาบาลเครือข่ายในบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานสถานพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ระดับความสำเร็จในการนิเทศการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อม	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหารของเครือข่ายสุขภาพที่มีมาตรฐาน

ของโครงการ	เป้าประสงค์ที่ 2 เครือข่ายสุขภาพมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และ วิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน ปัญหาโรคมะเร็งที่สำคัญในเขตพื้นที่ลดลง กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพให้มีความสามารถทาง วิชาการ การบริการ และการบริหาร มีสมรรถนะในการจัดการโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างมี คุณภาพ มาตรฐาน บรรลุเป้าหมายตาม service plan และแผนยุทธศาสตร์มะเร็งแห่งชาติ
7.ระยะเวลาดำเนินการ	ตามแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี พ.ศ. 2560 – 2564
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. เตรียมความพร้อมของบุคลากรในองค์กร จัดทีมคณะนิเทศแบ่งตามประเด็นยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง 2. จัดทำรูปแบบ แนวทางพัฒนาศักยภาพคณะนิเทศให้สามารถวางแผน กำหนดวิธีการ ประเมินผล ร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ 3. จัดทำรายงานผลการนิเทศการดำเนินงานของหน่วยงานเครือข่ายแต่ละระดับ 4. สรุปผลการรายงานผลการนิเทศเพื่อนำข้อเสนอแนะไปจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง
9.งบประมาณ	-
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ คณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง คณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลข่าวสาร คณะกรรมการด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ คณะกรรมการการจัดการความรู้ คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทีมนำเฉพาะด้าน/ทีมนำทางคลินิก

โครงการที่ 7

1.ชื่อโครงการ	พัฒนาหลักสูตรการอบรมแบบครบวงจร
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การเตรียมยาเคมีบำบัดและการบริหารทางเภสัช กรรมผู้ป่วยโรคมะเร็ง” 2. โครงการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร 10 วัน) ปัจจุบันปัญหาผู้ป่วยโรคมะเร็งมีสาเหตุการตายเป็นอันดับ 1 การรักษาโดยการผ่าตัด รังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์ ฮอโมนบำบัดและเคมีบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัด จัดเป็นกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง จากการที่มีคุณสมบัติเป็นทั้งยารักษาโรคมะเร็งและการเป็น สารก่อมะเร็ง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรมีความรู้พื้นฐานแต่ละขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง และป้องกันอันตรายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และ/หรือผู้ให้บริการ และ

	ต้องผ่านเกณฑ์ที่สภาวิชาชีพกำหนดไว้		
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. เพื่อให้มีองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็ง และทราบถึงแนวทางการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาโดยวิธีการต่างๆ 2. เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจทักษะ และความรู้สำคัญในการเตรียมและการบริหารยาเคมีบำบัด แนวทางการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด		
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	บุคลากรสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 3 และ 4 ได้รับการอบรมอย่างครบวงจรทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี		
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวนหลักสูตรการอบรม		
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหารของเครือข่ายสุขภาพที่มีมาตรฐาน เป้าประสงค์ที่ 2 เครือข่ายสุขภาพมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน ปัญหาโรคมะเร็งที่สำคัญในเขตพื้นที่ลดลง กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบการฝึกอบรมพัฒนาแบบครบวงจร มุ่งพัฒนาขีดความสามารถแก่บุคลากรทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหาความต้องการของเครือข่ายสุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญของทีมแพทย์ และวิทยาการทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาที่ทันสมัย		
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี		
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	จัดอบรม ติดตามผลการอบรม/ประเมินผู้เข้ารับการอบรม		
9.งบประมาณ	โครงการ	งบประมาณ	รายละเอียด
	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การเตรียมยาเคมีบำบัดและการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็ง”	150,000	ปี 61,63
	โครงการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด (หลักสูตร 10 วัน)	396,000	ปี 60,62,64
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการ KM		
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มงานวิชาการพยาบาล / กลุ่มงานเภสัชกรรม		

โครงการที่ 8 งานวิชาการมะเร็งวิทยา ผู้รับผิดชอบ : คกก. KM

โครงการที่ 9

1.ชื่อโครงการ	ต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นหน่วยงานเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง มีภารกิจในเรื่องการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่ จากภารกิจนี้ พบว่าการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะเห็นผลและประหยัดที่สุด จากการที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ และความตระหนักถึงความสำคัญของการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับพื้นที่ (ข้อมูลจาก งานทะเบียนมะเร็งลพบุรี) หากมีการสร้างความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และรณรงค์ให้หญิงอายุตั้งแต่20ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ก็จะเป็นประโยชน์ในการช่วยลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ ปัจจุบันการสร้างความรู้ความเข้าใจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบของ E-learning กำลังได้รับความนิยมและเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จึงได้จัดทำ “โครงการต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนกลุ่มเสี่ยง” ขึ้น เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) ให้เป็นต้นแบบวิชาการในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพต่อไป
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) ให้เป็นต้นแบบวิชาการในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 2. เพื่อนำต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90 บรรลุตัวชี้วัดตาม Service plan สาขาโรคมะเร็ง กระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีมีต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่บริการ บรรลุตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปี พ.ศ.2560-2564
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	1. ระดับความสำเร็จของการสร้างต้นแบบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง 2. จำนวนพื้นที่ที่นำต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3</u> การร่วมแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างบูรณาการ <u>เป้าประสงค์ที่ 3</u> ประชาชนในเขตบริการได้รับการส่งเสริม ป้องกันจากโรคมะเร็ง เมื่อเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคด้วยความเชี่ยวชาญชั้นสูง โดยบูรณาการเครือข่ายนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของปัญหาโรคมะเร็งของพื้นที่ลดลง <u>กลยุทธ์ที่ 5</u> สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพใน

	พื้นที่บริการ และขับเคลื่อนวิชาการมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และลดปัญหาโรคเอดส์ของเขตสุขภาพ		
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี		
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	กิจกรรมที่สำคัญ	แนวทางการดำเนินงาน	
	1. สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ ที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ	- ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง - กำหนดรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ - จัดทำสื่อเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	
	2. คัดเลือกพื้นที่นำร่อง	- คัดเลือกพื้นที่นำร่อง - ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
	3. นำรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผล	- นำรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง - ประเมินประสิทธิผลรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ	
	4. ปรับปรุงรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ	- ปรับปรุงรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ	
	5. นำรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ	- คัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย - ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - นำรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในพื้นที่เป้าหมาย - ประเมินผล	
9.งบประมาณ	กิจกรรม	งบประมาณ	รายละเอียด
	1.สร้างสรรค้รูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ	200,000	จัดทำสื่อเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
	2.คัดเลือกพื้นที่นำร่อง	-	
	3.นำรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผล	200,000	จัดประชุม
	4.ปรับปรุงรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ	100,000	
	5.นำรูปแบบวิชาการที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในพื้นที่อื่น	800,000	จัดประชุม
10.ผู้รับผิดชอบ	หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ		
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			

โครงการที่ 10

1.ชื่อโครงการ	พัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบประคับประคอง แบบองค์รวม
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1. พัฒนานองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน 2. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน หรือชุมชนใกล้เคียง 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน หรือชุมชนใกล้เคียงในเขตจังหวัดลพบุรี 2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 3. มีระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชนต้นแบบ
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	มีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพสู่ชุมชนต้นแบบในเขตจังหวัดลพบุรี
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3</u> การร่วมแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างบูรณาการ <u>เป้าประสงค์ที่ 3</u> ประชาชนในเขตบริการได้รับการส่งเสริม ป้องกันจากโรคมะเร็ง เมื่อเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคด้วยความเชี่ยวชาญชั้นสูง โดยบูรณาการเครือข่ายนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของปัญหาโรคมะเร็งของพื้นที่ลดลง <u>กลยุทธ์ที่ 5</u> สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่บริการ และขับเคลื่อนวิชาการมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี (2560-2564)
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. จัดประชุม 2. นิเทศติดตาม
9.งบประมาณ	97,000 บาท
10.ผู้รับผิดชอบ	คกก. Palliative care
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	

โครงการที่ 11

1.ชื่อโครงการ	พัฒนาการบริการที่ยอดเยี่ยม
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	การบริการลูกค้าเป็นสิ่งที่ไม่มีสิ้นสุด トラバタイที่สภาพแวดล้อมและลูกค้าเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อนั้นก็ยังคงมีช่องว่างในงานบริการที่ต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นอยู่เสมอ ผู้ให้บริการจึงไม่ควรพึงพอใจในการให้บริการที่เป็นอยู่ แต่ควรหาช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ และต้องระลึกไว้ว่าทุกครั้งที่ติดต่อกับลูกค้า จะมีโอกาสสร้างความประทับใจได้เสมอ ซึ่งความรู้สึกนี้ต้องเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทุกระดับ และการที่จะสร้างความประทับใจให้แก่ลูกค้าได้นั้น ผู้ให้บริการต้องมีความพร้อมทั้งกาย วาจา และใจ ในการให้บริการ รวมทั้งมีความพร้อมด้านข้อมูล ที่ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อที่จะสามารถตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยของลูกค้าได้ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ต้องจัดบริการตามภารกิจของโรงพยาบาลทั้งการวิจัย พัฒนา การถ่ายทอด การจัดการบริการทางการแพทย์ พัฒนาบุคลากร รวมทั้งการบริหารจัดการภายใน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจต่อการมารับบริการ และ กลับมาใช้บริการในครั้งต่อไปอีก
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผลผลิต (output) - ระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการ - จำนวนข้อร้องเรียนลดลง ผลลัพธ์(out come) ผู้รับบริการมีความจงรักภักดีต่อโรงพยาบาลและบอกต่อกับคนอื่นต่อไป ผลกระทบ (Impect) ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในการให้บริการเป็นที่ยอมรับในเครือข่าย
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ - ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการ มากกว่าร้อยละ 80 - จำนวนข้อร้องเรียนลดลง ร้อยละ 10 ตัวชี้วัดคุณภาพ ผู้รับบริการมีความจงรักภักดีต่อโรงพยาบาล
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการบริการ
7.ระยะเวลาดำเนินการ	ปีงบประมาณ 2560 -2564
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	กิจกรรม - ต่อยอดความเป็นเลิศในการจัดการบริการของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี - การสร้างสิ่งใหม่ในการจัดการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี แนวทางการดำเนินงาน - พัฒนางานประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีให้มีศักยภาพเพื่อรองรับ AEC ด้วยการ

	สรรหาบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถด้านการใช้ภาษา IT รอบรู้เกี่ยวกับงานบริการของโรงพยาบาลและมีจำนวนเพียงพอ 2. พัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทุกระดับให้มีความเป็นเลิศเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำโดยการนำระบบการประเมินผลการบริการแบบ Real Time ใช้ในการติดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และกระตุ้นพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ 3. พัฒนาระบบการจองคิวล่วงหน้าผ่านระบบ Internet เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและสะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 4. นำระบบ ICT มาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อร่วมลดระยะเวลาการรอคอย 5. จัดบริการให้มีห้องชำระเงินและห้องจ่ายยาครอบคลุมทุกอาคารที่เปิดให้บริการกับผู้ป่วย 6. จัดบริการให้มีการชำระเงินผ่านบัตรเครดิตเพื่อการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ
9.งบประมาณ	
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการด้านหน้า
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานประชาสัมพันธ์ ฝ่ายการเงิน ศูนย์คอมพิวเตอร์ ฝ่ายบริหารทั่วไป

โครงการที่ 12 โครงการสร้างบรรยากาศและสถานที่เพื่อความผ่อนคลายสำหรับผู้มารับบริการ

ผู้รับผิดชอบ : ฝ่ายบริหารทั่วไป

โครงการที่ 13 โครงการโรงพยาบาลศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง

ผู้รับผิดชอบ : คกก.CoE to NHA

โครงการที่ 13.1

1.ชื่อโครงการ	พัฒนาระบบการรักษาที่ยอดเยี่ยม
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และมีนโยบายให้เขตสุขภาพได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ โดยกำหนดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ก็เป็นหนึ่งในโรคเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญ ไว้ 4 ประการ คือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย และสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน โดยกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนผ่าน 7 ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ ที่ 4 คือการรักษาโรคมะเร็ง ทางด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา เพื่อทำให้เกิดการลดระยะเวลารอคอยการรักษาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงต้องมีการพัฒนากระบวนการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาได้ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	<u>ผลผลิต</u> 1. มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา 2.ทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลมีการพัฒนาการลดระยะเวลาการรอคอยการรักษา <u>ผลลัพธ์</u> ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการด้านโรคมะเร็งตามมาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี <u>ผลกระทบ</u> ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในเรื่องระยะเวลาการรอคอยการรักษาได้ตามเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ เป็นที่ยอมรับภายในเครือข่าย
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	<u>ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ</u> 1. ระยะเวลาการรอคอยการรักษา - ด้านการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 80 - ด้านการเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 80 - ด้านการรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 80 <u>ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ</u> ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการด้านโรคมะเร็งตามมาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข</u> ตามนโยบายข้อที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน <u>ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</u> ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ <u>ยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์</u> ยกระดับสถานบริการสุขภาพระดับภูมิภาค ให้มีศักยภาพ ด้านบริการ ระดับตติยภูมิ (Regional Referral Centers)
7.ระยะเวลาดำเนินการ	ปีงบประมาณ 2560-2564
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	<u>กิจกรรม</u> วิเคราะห์ปัญหาภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการเรื่องระยะเวลาการรอคอยการรักษาให้เหมาะสมตามเกณฑ์เป้าหมาย <u>แนวทางการดำเนินงาน</u> 1. จัดหาแพทย์เฉพาะทางให้ครบทุกสาขาและเหมาะสมกับภาระงาน 2. พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่าย 3. สร้างเครือข่ายในเขตสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 4. นิเทศติดตามโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อหาแนวทางพัฒนาร่วมกัน
9.งบประมาณ	1. ค่าเอกสารคู่มือ 2. ค่านิเทศติดตาม
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการด้านหน้า
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานพยาบาลห้องผ่าตัด/งานพยาบาลเคมีบำบัด/งานพยาบาลรังสีรักษา

โครงการที่ 14 โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ ผู้รับผิดชอบ : คกก.ด้านหน้า

โครงการที่ 15

1.ชื่อโครงการ	โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสุขภาพระดับชาติ
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	กระทรวงสาธารณสุข มีแผนการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาบทบาทในฐานะ National Health Authority โดยมุ่งเน้นภารกิจ 11 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศ (2) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ (3) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (4) การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่าง ๆ (5) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและ ภัยสุขภาพ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (6) การพัฒนาภาคีด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน (7) การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ (8) การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน (9) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ (10) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียวมีคุณภาพใช้งานได้ (11) การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ กรมการแพทย์ มีบทบาทเป็นองค์กรกลางดำเนินการในเรื่องที่กำหนด โดยอาศัยความเชี่ยวชาญของกรมการแพทย์ โดยเน้นหนักด้านการเสนอแนะนโยบาย การจัดการความรู้ และวิชาการ การประเมินเทคโนโลยีและการกำหนดรับรองมาตรฐาน การพัฒนาสารสนเทศเพื่อการจัดการ การติดตามประเมินผล และให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่เขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายอย่างเหมาะสม โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นหน่วยงานเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ซึ่งต้องมีการพัฒนาเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ข้างต้น ทั้งนี้ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้ดำเนินการพัฒนาหน่วยงานให้มีความเป็นเลิศ ทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็งอยู่แล้ว ดังนั้น โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จึงได้จัดทำ “โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสุขภาพระดับชาติ” ขึ้น เพื่อพัฒนาหน่วยงานให้มีความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง สู่การเป็นองค์กรระดับชาติ (National Health Authority: NHA)
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์องค์กรสุขภาพระดับชาติ NHA
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์องค์กรสุขภาพระดับชาติ NHA
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์องค์กรสุขภาพระดับชาติ NHA
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5</u> การพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ <u>เป้าประสงค์ที่ 5</u> โรงพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ที่สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ตามเกณฑ์กรมการแพทย์ <u>กลยุทธ์ที่ 8</u> บูรณาการทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติที่มีประสิทธิภาพในการรองรับความต้องการทางสุขภาพของเขตสุขภาพ

7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ (Strategy) 2. พัฒนาการจัดการความรู้ (KM) 3. พัฒนาการประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (TA) 4. การกำหนดและรับรองมาตรฐานต่างๆ (Service Standard) 5. พัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Surveillance) 6. พัฒนากฎด้านกฎหมาย (Law & Regulate) 7. พัฒนาสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ (Regional Health/Global & International Health) 8. กำกับดูแล ติดตามประเมินผล (M&E) 9. ให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ (Financing) 10. พัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว (Information) 11. พัฒนานโยบายและกำลังคนด้านสุขภาพ (HR)
9.งบประมาณ	-
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ คณะกรรมการการจัดการความรู้ คณะกรรมการด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล/งานพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายแผนงานและประเมินผล คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ/งานส่งเสริมสุขภาพ/งาน IC ฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่ายทรัพยากรบุคคล คณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลข่าวสาร กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ

โครงการที่ 16 แผนงานพัฒนาบุคลากร ผู้รับผิดชอบ : คกก. HRM&HRD

โครงการที่ 17

1.ชื่อโครงการ	โครงการการสร้างเสริมความสุขในการทำงานภายใต้วัฒนธรรมและค่านิยมที่เข้มแข็ง
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2554-2559) เป็นการนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่สร้างภูมิคุ้มกันในประเทศให้เข้มแข็ง เพื่อเตรียมความพร้อมคน สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศให้สามารถปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลง ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้มีคุณภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา มีคุณธรรมจริยธรรม จากยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคและเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ มีส่วนรวมในการพัฒนา การที่จะพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับความสุขในการทำงานการจัดทำนโยบายจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรในองค์กรครอบคลุมทุกๆ ด้านจึงได้จัดทำโครงการ การสร้างเสริมความสุขในการทำงานภายใต้วัฒนธรรม และค่านิยมที่เข้มแข็ง เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน นำสู่องค์กรที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์กรแห่งความรักความสามัคคี
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	1.เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงานมีการสื่อสารที่ดีเข้าใจถึงวัฒนธรรมขององค์กร 2.เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาด้านอารมณ์ (EQ) ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นสามารถทำงานเป็นทีมได้ 3.เพื่อให้บุคลากรมีพลังในการทำงานอย่างมีความสุข มีทัศนคติที่ดีต่องาน ผู้บริหาร หัวหน้างาน หน่วยงาน เพื่อนร่วมงาน พร้อมทั้งมีความสามัคคีในองค์กร
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	<u>ผลผลิต (output)</u> - บุคลากรเข้าร่วมโครงการร้อยละ 80 - ร้อยละความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 80 <u>ผลลัพธ์(out come)</u> - บุคลากรสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน - บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่องานเพื่อร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหาร - บุคลากรมีความสามัคคียอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นสามารถทำงานเป็นทีมได้ - ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการร้อยละ 90 <u>ผลกระทบ (Impect)</u> - โรงพยาบาลมีความเป็นเลิศทางด้านบริหาร บริการ วิชาการ - การคงอยู่ของบุคลากรอย่างยั่งยืน
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	<u>เชิงปริมาณ</u> - จำนวนบุคลากรเข้าร่วมโครงการร้อยละ 80 - ร้อยละความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร้อยละ 80 <u>เชิงคุณภาพ</u> - โรงพยาบาลผ่านคุณภาพมาตรฐาน HA ระดับ 3

6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาองค์กร บุคลากร รองรับการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพสมรรถนะสูง ที่พึ่งตนเองได้ ยั่งยืน เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบุคลากรที่มีสนับสนุนมีความเป็นมืออาชีพ นำไปสู่การยอมรับของเครือข่าย กลยุทธ์ที่ 9 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลให้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา ตามความจำเป็นในปัจจุบัน และอนาคต ต่อยอดสมรรถนะบุคลากรสนับสนุนให้เป็นทีมงานมืออาชีพ มุ่งสร้างการทำงานแบบทีมบูรณาการเป็นองค์กรที่มีความสุข วัฒนธรรมเข้มแข็ง		
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี		
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	1. โครงการ OD (2ปี ครั้ง) 2. โครงการ “กifahบุคลากรสัมพันธ์” (จัดปีละครั้ง) 3. โครงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ (จัดปีละครั้ง) 4. โครงการ ESB (excellent service behavior) (2ปี ครั้ง) 5. โครงการเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม บุคลากร (จัดปีละครั้ง) 6. โครงการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก สีสาส (จัดปีละครั้ง) 7. โครงการพี่เลี้ยงทางการพยาบาล (จัดปีละครั้ง)		
9.งบประมาณ	กิจกรรม	งบประมาณ	รายละเอียด
	โครงการ OD	2,000,000	ปี 61,63
	โครงการ “กifahบุคลากรสัมพันธ์”	200,000	จัดปีละครั้ง
	โครงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่	20,000	จัดปีละครั้ง
	โครงการ ESB (excellent service behavior)	200,000	ปี 60,62,64
	โครงการเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม บุคลากร	20,000	จัดปีละครั้ง
	โครงการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก สีสาส	50,000	จัดปีละครั้ง
	โครงการพี่เลี้ยงทางการพยาบาล	20,000	จัดปีละครั้ง
10.ผู้รับผิดชอบ	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ		
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ฝ่ายทรัพยากรบุคคล / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ / กลุ่มงานวิชาการพยาบาล		

โครงการที่ 18 โครงการ Smart Hospital ผู้รับผิดชอบ : คกก.İM

โครงการที่ 19

1.ชื่อโครงการ	โรงพยาบาลพึ่งพาตนเองได้ ด้วยการจัดการที่เป็นมืออาชีพ
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ต้องจัดบริการตามภารกิจของโรงพยาบาลทั้งการวิจัย พัฒนา การถ่ายทอด การจัดบริการทางการแพทย์ พัฒนาบุคลากร รวมทั้งการบริหารจัดการภายใน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้งบประมาณที่เพียงพอ จึงจะขับเคลื่อนให้บรรลุภารกิจทุก ๆ ด้าน ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลมีรายได้หลักจากการเรียกเก็บจากผู้รับบริการ และมีส่วนน้อยจากการจัดบริการพิเศษ ซึ่งในปีที่ผ่านมา เราได้รวมรายได้ของโรงพยาบาลทั้ง 2 ส่วน =499,220,811.46 บาท ในขณะที่ โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในรอบปีงบประมาณ 2559-2563 จะต้องใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ถึง 563,563,913.34 บาท ทั้งนี้ยังมีแหล่งงบประมาณอื่นๆ ที่โรงพยาบาลสามารถแสวงหาจากในระดับส่วนกลาง หน่วยงานเชิงนโยบาย สภาการวิจัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น แต่การดำเนินงานดังกล่าวนี้ จะต้องมีการที่ชัดเจน ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการบริการ และการบริหารของโรงพยาบาล เติบโตอย่างต่อเนื่องตามจำนวนการมาใช้บริการ โครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ อีก ทั้งยังมีความจำเป็นในการจัดสวัสดิการที่สูงกว่าการจัดบริการพื้นฐานของรัฐบาล เพื่อรักษาไว้ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณเชิงรายได้ที่เพิ่มมากขึ้น การจัดบริการพิเศษของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่สามารถบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์ โดยการจัดบริการตรวจสุขภาพค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรกเชิงรุก การอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ของ LBCH และวิธีอื่นๆ ที่จะจัดหารายได้เพิ่มขึ้น ในกรณีเพื่อเป็นโรงพยาบาลที่พึ่งพาตนเองได้ ด้วยการจัดการที่เป็นมืออาชีพต่อไป
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อเพิ่มรายรับให้แก่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีนำไปใช้พัฒนาความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง สร้างคุณภาพที่โดดเด่น สมรรถนะสูง
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	<u>ผลผลิต (output)</u> - มีจำนวนหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพเป็นหมู่คณะเพิ่มจากเดิมปีละ 5 หน่วยงาน - ผู้รับบริการตรวจสุขภาพรายบุคคลเพิ่มจากเดิมร้อยละ 10 - รายรับจากการจัดบริการพิเศษเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ต่อปี <u>ผลลัพธ์(out come)</u> การคัดกรองพบระยะก่อนมะเร็งและมะเร็งระยะเริ่มแรก <u>ผลกระทบ (Impect)</u> ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในการป้องกันและดูแลระยะเริ่มแรกได้รับการยอมรับจากในประเทศและต่างประเทศ
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	<u>ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ</u> จำนวนหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพเป็นหมู่คณะเพิ่มจากเดิมปีละ 5 หน่วยงาน

	2. ผู้รับบริการรายบุคคลเพิ่มจากเดิม ร้อยละ 10 3. รายรับจากการจัดบริการพิเศษเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ต่อปี <u>ตัวชี้วัดคุณภาพ</u> การคัดกรองพบระยะก่อนมะเร็งและมะเร็งระยะเริ่มแรก
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข</u> 1. ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ 2. ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน <u>ยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์</u> 1. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์และผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ 2. เป้าประสงค์ที่ 3 หน่วยงานในพื้นที่มีการบูรณาการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม 3. กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนารูปแบบและกลไกที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน <u>ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งชาติ</u> 1.ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก (secondary Prevention)
7.ระยะเวลาดำเนินการ	ปีงบประมาณ 2560 -2564
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	<u>กิจกรรม</u> 1.จัดการตรวจสุขภาพค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มแรกทั้งเชิงรุกและเชิงรับตามหน่วยงานราชการ เอกชน และชุมชน 2.จัดทำผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ของ LBCH <u>แนวทางการดำเนินงาน</u> 1.จัดกิจกรรม health protection เสนอความรู้โรคมะเร็งที่พบบ่อย 2 อันดับแรกในเพศหญิงและเพศชาย เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ พร้อมทางเลือก package ในการตรวจค้นหา 2. ออกหน่วยให้คำปรึกษาด้านสุขภาพโรคมะเร็ง พร้อมกับประชาสัมพันธ์ทั้งเชิงรุกและเชิงรับในหลากหลายช่องทาง เช่น สถานีวิทยุ ห้างสรรพสินค้า สถานที่ราชการ งานกิจกรรมระดับจังหวัด เป็นต้น 3.จัดการผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ของ LBCH เช่น ชุดจำเป็นAdmit ในหอผู้ป่วย , ผ้าเช็ดตัว , ชุดอาหาร , ชุดกาแฟ , ชุดของเยี่ยม, ชุดของขวัญ, กระเป๋า, ร่ม , เสื้อ น้ำดื่ม เป็นต้น
9.งบประมาณ	<u>รายละเอียด</u> 1.รถตรวจสุขภาพ 2.เครื่องเอกซเรย์ 3.Mammogram

	4.Ultrasound 5.เตี๋ยงตรวจภายใน
10.ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการด้านหน้า
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง หอผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ งานรังสีวินิจฉัย องค์กรแพทย์ ฝ่ายการเงิน เวชระเบียน งานเรียกเก็บ งานยานพาหนะ งานฟื้นฟู

โครงการที่ 20

1.ชื่อโครงการ	เตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริม ให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ การรับรองคุณภาพ จะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ก่อนที่จะขอรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลมะเร็็งลพบุรี ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามทิศทางของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี อย่างต่อเนื่องตลอดมา ซึ่งได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในปี 2554 และต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Re-accreditation Survey) ครั้งที่ 1 ปี 2556 โดยในปี 2559 จะขอต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Re-accreditation Survey) ครั้งที่ 2 โรงพยาบาลมะเร็็งลพบุรี เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ขึ้น เพื่อยกระดับการพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสุขภาพที่ยั่งยืน สมรรถนะสูง

3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6</u> การพัฒนาองค์กร บุคลากร รองรับการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพสมรรถนะสูง ที่พึ่งตนเองได้ ยั่งยืน <u>เป้าประสงค์ที่ 7</u> โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานสากลผ่านรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ผ่านการรับรองมาตรฐานการบริหารระดับสากลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) <u>กลยุทธ์ที่ 11</u> พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรคุณภาพที่ยั่งยืน เติบโตอย่างต่อเนื่องด้วยการเรียนรู้และการสร้างสรรค์นวัตกรรมสู่องค์กรสมรรถนะสูง และพึ่งตนเองได้
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	- พัฒนาผู้นำ ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติอย่างลึกซึ้ง การใช้วิธีการที่เป็นระบบในกระบวนการทำงาน การเพิ่ม maturity ของระบบเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง - จัดกิจกรรมสื่อสาร เรื่อง การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA : AHA) ให้ทราบทั่วทั้งองค์กร - พัฒนาบุคลากร ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติ - ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี - ขอและรับการตรวจประเมินภายนอก ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
9.งบประมาณ	
10.ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทีมงานเฉพาะด้าน/ทีมงานทางคลินิก กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โครงการที่ 21

1.ชื่อโครงการ	เตรียมความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)
2.ความสำคัญของโครงการ หลักการและเหตุผล	รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หรือ Thailand Quality Award : TQA เป็นรางวัลที่ถูกบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การเพิ่มผลผลิตของประเทศเพื่อสร้างรากฐานการเติบโตของผลิตภัณฑ์ประชาชาติ นำไปสู่การขับเคลื่อน ประเทศให้มีระบบเศรษฐกิจที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศอย่างยั่งยืน โดยมีสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือ เผยแพร่ สนับสนุน และผลักดันให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาคการผลิตและการบริการ นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติไปพัฒนาศักยภาพระบบการบริหารจัดการในองค์กร เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่จะนำองค์กรเข้าสู่มาตรฐานการจัดการระดับสากล เป็นขั้นตอนที่ชัดเจน และเป็นระบบองค์กรภาครัฐและเอกชนที่นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ไปเป็นกรอบในการประเมินตนเอง จะช่วยให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการปรับปรุงระบบบริหารจัดการองค์กร เพื่อให้องค์กรสามารถกำหนดแนวทาง วิธีการ แผนงาน และเป้าหมายในการปรับปรุงที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ในการประเมินตนเอง กำหนดแนวทางในการปรับปรุง และจัดทำแผนการปรับปรุงอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมะเร็งบพบุรี จึงได้จัดโครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) ขึ้น
3.วัตถุประสงค์ของโครงการ	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)
4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพ (TQA)
6.ความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์และความพร้อมของโครงการ	<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6</u> การพัฒนาองค์กร บุคลากร รองรับการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพสมรรถนะสูง ที่พึ่งตนเองได้ ยั่งยืน <u>เป้าประสงค์ที่ 7</u> โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานสากลผ่านรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ผ่านการรับรองมาตรฐานการบริหารระดับสากลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) <u>กลยุทธ์ที่ 11</u> พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรคุณภาพที่ยั่งยืน เติบโตอย่างต่อเนื่องด้วยการเรียนรู้และการสร้างสรรค์นวัตกรรมสู่องค์กรสมรรถนะสูง และพึ่งตนเองได้
7.ระยะเวลาดำเนินการ	5 ปี
8.กิจกรรมที่สำคัญของโครงการ	- เตรียมความพร้อมของบุคลากรในองค์กร โดยส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร TQA Criteria เพื่อเป็นผู้นำการปรับปรุงองค์กรตามแนวทางเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) - พัฒนาบุคลากรให้สามารถวางแผนและจัดทำรายงาน วิธีการและผลการดำเนินงานขององค์กร (Application Report) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย ส่งบุคลากรเข้ารับการ

	อบรม หลักสูตร TQA Application Report Writing ของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ 3. จัดทำรายงาน วิธีการและผลการดำเนินงานขององค์กร (Application Report) 4. ขอและรับการตรวจประเมินภายนอก ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพ (TQA)
9.งบประมาณ	-
10.ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
11.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

บทที่ 6 ตัวชี้วัดความสำเร็จของกลยุทธ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาสู่ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญวิชาการด้านมะเร็งวิทยา

เป้าประสงค์ที่ 1 ผลงานวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมด้านโรคมะเร็งเกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพสู่องค์กรที่มีขีดความสามารถทางวิชาการสร้างสรรค์ผลงานการวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านมะเร็งวิทยาารองรับปัญหาของเขตสุขภาพ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางงานวิจัย ความก้าวหน้า และผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงาน (ตามคำรับรอง)										
(1) จำนวนนักวิจัยคุณภาพ										
หน่วยวัด	คน									
คำอธิบาย	- พิจารณาจากจำนวนนักวิจัยคุณภาพในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี - นักวิจัยคุณภาพ คือ บุคลากรที่ผ่านการอบรม “โครงการสร้างนักวิจัยคุณภาพของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี” หรือสำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าทางด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	มีจำนวนนักวิจัยคุณภาพไม่เกิน 10 คน								
	2	มีจำนวนนักวิจัยคุณภาพ 11-20 คน								
	3	มีจำนวนนักวิจัยคุณภาพ 21-30 คน								
	4	มีจำนวนนักวิจัยคุณภาพ 31-49 คน								
	5	มีจำนวนนักวิจัยคุณภาพอย่างน้อย 50 คน								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนนักวิจัยคุณภาพ (สะสม)	คน	N/A	N/A	40	0	0	25	25	50
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนนักวิจัยคุณภาพจากจำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม “โครงการสร้างนักวิจัยคุณภาพของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี” และจำนวนบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าทางด้านการแพทย์หรือสาธารณสุขจากฝ่ายทรัพยากรบุคคล									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

(2) จำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง (สะสม)										
หน่วยวัด	เรื่อง									
คำอธิบาย	พิจารณาจากจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	มีจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง 1-3 เรื่อง								
	2	มีจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง 4-6 เรื่อง								
	3	มีจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง 7-9 เรื่อง								
	4	มีจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง 10-11 เรื่อง								
	5	มีจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง อย่างน้อย 11 เรื่อง								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนผลงาน การวิจัย พัฒนา และองค์ความรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็ง									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (ตามคำรับรอง)										
(1) จำนวนผลงานวิจัย/ ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สะสม)										
หน่วยวัด	เรื่อง									
คำอธิบาย	พิจารณาจากจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	ไม่มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์								
	2	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1-3 เรื่อง								
	3	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3-5 เรื่อง								
	4	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 6-8 เรื่อง								
	5	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างน้อย 9 เรื่อง								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สะสม)	เรื่อง	N/A	N/A	5	5	6	7	8	9
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

(2) จำนวนผลงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่									
หน่วยวัด	เรื่อง								
คำอธิบาย	พิจารณาจากจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับประเทศ								
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน							
	1	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ 1 เรื่อง							
	2	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ 2 เรื่อง							
	3	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ 3 เรื่อง							
	4	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ 4 เรื่อง							
	5	มีจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่							

	อย่างน้อย 5 เรื่อง									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
		จำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	เรื่อง	N/A	N/A	2	2	2	3	3
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับประเทศ									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

ตัวชี้วัดที่ 1.3 จำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สะสม)													
หน่วยวัด	แห่ง												
คำอธิบาย	พิจารณาจากจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โรงพยาบาล</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2 โรงพยาบาล</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3 โรงพยาบาล</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 4 โรงพยาบาล</td></tr> <tr> <td>5</td><td>มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างน้อย 5 โรงพยาบาล</td></tr> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โรงพยาบาล	2	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2 โรงพยาบาล	3	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3 โรงพยาบาล	4	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 4 โรงพยาบาล	5	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างน้อย 5 โรงพยาบาล
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โรงพยาบาล												
2	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2 โรงพยาบาล												
3	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3 โรงพยาบาล												
4	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 4 โรงพยาบาล												
5	มีจำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างน้อย 5 โรงพยาบาล												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพร่วมเป็นเครือข่ายการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (สะสม)	แห่ง	N/A	N/A	0	0	1	2	3	4
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนผลงานวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมະเร็งลพบุรี									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

กลยุทธ์ที่ 2

พัฒนาระบบสารสนเทศทางวิชาการ ช่องทางรองรับการถ่ายทอดผลงานวิชาการ องค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายสุขภาพทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ

ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จในการจัดทำระบบเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมະเร็งลพบุรี													
หน่วยวัด	ระดับ												
คำอธิบาย	การสร้างระบบของการนำข้อมูลทางวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านโรคมะเร็ง และควบคุมการดูแลเพื่อให้ข้อมูลต่างๆ ที่นำไปเผยแพร่ผ่านระบบออนไลน์ ส่งผลกระทบต่อองค์กรและบุคคลอื่นทั่วไป มีการจัดทำช่องทางเว็บไซต์ในการเผยแพร่ เพื่อความสะดวก เข้าถึงได้ง่าย												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการควบคุม ดูแลการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์</td></tr> <tr> <td>2</td><td>มีการจัดทำช่องทาง หรือเว็บไซต์ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ 2 ภาษา</td></tr> <tr> <td>3</td><td>มีระบบการบันทึกผู้เข้าชมเว็บ (Log Files)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>มีระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อทำการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>กำหนดให้การมีส่วนร่วมของเจ้าของข้อมูล สามารถตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องได้</td></tr> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการควบคุม ดูแลการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์	2	มีการจัดทำช่องทาง หรือเว็บไซต์ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ 2 ภาษา	3	มีระบบการบันทึกผู้เข้าชมเว็บ (Log Files)	4	มีระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อทำการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ	5	กำหนดให้การมีส่วนร่วมของเจ้าของข้อมูล สามารถตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องได้
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการควบคุม ดูแลการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์												
2	มีการจัดทำช่องทาง หรือเว็บไซต์ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ 2 ภาษา												
3	มีระบบการบันทึกผู้เข้าชมเว็บ (Log Files)												
4	มีระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อทำการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ												
5	กำหนดให้การมีส่วนร่วมของเจ้าของข้อมูล สามารถตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องได้												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ระดับความสำเร็จในการจัดทำระบบเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	ระดับ	Na	Na	Na	2	3	4	4	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การจัดทำระบบเว็บไซต์ ช่องทางการนำเสนอผลงาน วิธีการทำงาน และแต่งตั้งคณะทำงานควบคุมระบบ 2. ข้อมูล ผลงานวิจัย ความรู้ทางวิชาการ ที่ได้นำเสนอผ่านช่องทาง และเว็บไซต์									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์									

ตัวชี้วัดที่ 2.2 จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี													
หน่วยวัด	ครั้ง												
คำอธิบาย	การเข้ามาใช้หรือรับชมข้อมูลความรู้ทางวิชาการองค์ความรู้ และวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์สู่เครือข่ายสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ พุติภูมิ ตติยภูมิ												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> <tr> <td>1</td><td>จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 100 ครั้ง</td></tr> <tr> <td>2</td><td>จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 200 ครั้ง</td></tr> <tr> <td>3</td><td>จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 300 ครั้ง</td></tr> <tr> <td>4</td><td>จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 400 ครั้ง</td></tr> <tr> <td>5</td><td>จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 500 ครั้ง</td></tr> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 100 ครั้ง	2	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 200 ครั้ง	3	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 300 ครั้ง	4	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 400 ครั้ง	5	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 500 ครั้ง
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 100 ครั้ง												
2	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 200 ครั้ง												
3	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 300 ครั้ง												
4	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 400 ครั้ง												
5	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จำนวน 500 ครั้ง												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนครั้งของการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	ครั้ง	Na	Na	Na	Na	500	1000	5000	10000
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการใช้บริการความรู้ทางวิชาการผ่านระบบออนไลน์ (e-learning) ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ผ่านทางเว็บไซต์ http://www.lopburicancer.in.th									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์									

ตัวชี้วัดที่ 2.3 จำนวนเครือข่ายความร่วมมือการพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์ต่อไป	
หน่วยวัด	แห่ง
คำอธิบาย	เครือข่ายเขตสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์เฉพาะทาง และสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในสาขาที่ได้รับการพัฒนาโดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ วิชาการ หมายถึง การกิจประจำของสถาบัน โรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับ COE (centers of excellence) หรือ NHA (national health authority) หรือ ระบบบริการสุขภาพ (service plans) ที่โรงพยาบาล สถาบัน รับผิดชอบ ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาทารกแรกเกิด สาขาทา สาขาไต สาขาอุบัติเหตุ สาขาช่องปาก สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT/COPD/STROKE) และสาขายาเสพติด เป็นต้น สนับสนุนวิชาการ หมายถึง กิจกรรมที่สถาบัน โรงพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนกรมการแพทย์ได้ดำเนินการให้แก่ สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานวิจัยที่หน่วยงานกรมการแพทย์เกี่ยวข้อง การสนับสนุนสื่อวิชาการ นวัตกรรมทางการแพทย์ หรือ วิชาการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน	จำนวนเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในแต่ละปีปรับเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ 2 แห่ง ต่อ 1 คะแนน ดังนี้									
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	จำนวนเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา 2 แห่ง								
	2	จำนวนเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา 4 แห่ง								
	3	จำนวนเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา 6 แห่ง								
	4	จำนวนเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา 8 แห่ง								
	5	จำนวนเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา 10 แห่ง								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนเครือข่ายความร่วมมือการพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์ต่อปี	แห่ง	NA	NA	NA	2	4	6	8	10
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.service plan									

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาขีดความสามารถทางวิชาการ การบริการ และการบริหารของ
เครือข่ายสุขภาพที่มีมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ 2 เครือข่ายสุขภาพมีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการ
ด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน ปัญหาโรคมะเร็งที่สำคัญในเขตพื้นที่ลดลง

กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพให้มีความสามารถทาง
วิชาการ การบริการ และการบริหาร มีสมรรถนะในการจัดการโรคมะเร็งในพื้นที่
อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน บรรลุเป้าหมายตาม service plan และแผน
ยุทธศาสตร์มะเร็งแห่งชาติ

ตัวชี้วัดที่ 3.1 จำนวนจังหวัดที่จัดทำทะเบียนมะเร็ง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่(เป้าหมายสะสม)

หน่วยวัด	จังหวัด																													
คำอธิบาย	การศึกษาระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ทำให้ทราบถึงปัญหาของโรคมะเร็ง และความรุนแรงของโรคมะเร็งในเขตรับผิดชอบ 12 จังหวัด จะทำให้รู้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคนั้นๆ มีมากหรือน้อยเพียงใด และทราบแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งแต่ละชนิดในพื้นที่ ที่ต่างกัน ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อย แนวโน้มของมะเร็งนั้นๆ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการศึกษาวิจัยทางด้านระบาดวิทยา ดังนั้นถ้าสามารถทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ครบ ทั้ง 12 จังหวัด ก็สามารถทราบ อุตบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในแต่ละจังหวัดสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนในการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งในแต่ละพื้นที่ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานของการทำวิจัย																													
เกณฑ์การให้คะแนน	วัดผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนที่มีระดับ คะแนน 5 ระดับ ดังนี้																													
	<table><tr><td>คะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 จังหวัด</td></tr><tr><td>2</td><td>มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3 จังหวัด</td></tr><tr><td>3</td><td>มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6 จังหวัด</td></tr><tr><td>4</td><td>มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 9 จังหวัด</td></tr><tr><td>5</td><td>มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งครบทั้ง 12 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</td></tr></table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 จังหวัด	2	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3 จังหวัด	3	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6 จังหวัด	4	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 9 จังหวัด	5	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งครบทั้ง 12 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ																	
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																												
	1	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 จังหวัด																												
	2	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3 จังหวัด																												
	3	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6 จังหวัด																												
	4	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 9 จังหวัด																												
5	มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งครบทั้ง 12 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ																													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">ตัวชี้วัด</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลงานที่ผ่านมา</td><td colspan="5">ค่าเป้าหมาย</td></tr><tr><td>56</td><td>57</td><td>58</td><td>60</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td></tr><tr><td colspan="2">จำนวนจังหวัดที่จัดทำทะเบียนมะเร็ง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่(เป้าหมายสะสม)</td><td>จังหวัด</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย					56	57	58	60	61	62	63	64	จำนวนจังหวัดที่จัดทำทะเบียนมะเร็ง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่(เป้าหมายสะสม)		จังหวัด	NA	NA	NA	1	3	6	9	12
	ตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย																						
		56	57		58	60	61	62	63	64																				
จำนวนจังหวัดที่จัดทำทะเบียนมะเร็ง และฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่(เป้าหมายสะสม)		จังหวัด	NA	NA	NA	1	3	6	9	12																				
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล CANREG5																													
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์																													
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้างานทะเบียนมะเร็ง																													

ตัวชี้วัดที่ 3.2 จำนวนโรงพยาบาล ที่พัฒนาการบริการ ตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline : CPG) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่																						
หน่วยวัด	แห่ง																					
คำอธิบาย	โรงพยาบาลระดับ H หมายถึงโรงพยาบาลตามคำจัดความการแบ่งระดับสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาการบริการ ตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline : CPG หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ ตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline : CPG																					
เกณฑ์การให้คะแนน	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในแต่ละปีปรับเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ 5 แห่ง ต่อ 1 คะแนน ดังนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">คะแนน</th> <th style="width: 90%;">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 5 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 10 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 15 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 20 แห่ง</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 25 แห่ง</td> </tr> </table>										คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 5 แห่ง	2	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 10 แห่ง	3	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 15 แห่ง	4	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 20 แห่ง	5	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 25 แห่ง
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																					
1	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 5 แห่ง																					
2	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 10 แห่ง																					
3	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 15 แห่ง																					
4	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 20 แห่ง																					
5	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่พัฒนาการบริการ 25 แห่ง																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด จำนวนโรงพยาบาล ที่พัฒนาการบริการ ตามคู่มือ แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical practice guideline : CPG) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน และการพัฒนางานการวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่	หน่วยวัด ระดับ	ผลงานที่ผ่านมา 56 57 58			ค่าเป้าหมาย 60 61 62 63 64																
			NA	NA	NA	5	10	15	20	25												
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง																					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์																					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก. service plan																					

ตัวชี้วัดที่ 3.3 จำนวนโรงพยาบาล ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการและความต่อเนื่องในการดูแล										
หน่วยวัด	แห่ง									
คำอธิบาย	โรงพยาบาลระดับ H หมายถึงโรงพยาบาลตามคำจัดความการแบ่งระดับสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ช่องทางด่วน (Fast Track) หมายถึงช่องทางที่สถานพยาบาลจัดทำระบบเพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการและความต่อเนื่องในการดูแล									
เกณฑ์การให้คะแนน	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในแต่ละปีปรับเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ 5 แห่ง ต่อ 1 คะแนน ดังนี้									
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) 5 แห่ง								
	2	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) 10 แห่ง								
	3	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) 15 แห่ง								
	4	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) 20 แห่ง								
	5	จำนวนโรงพยาบาลระดับ H ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) 25 แห่ง								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนโรงพยาบาล ที่มีบริการทางช่องทางด่วน (Fast Track) เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับบริการและความต่อเนื่องในการดูแล	ระดับ	NA	NA	NA	5	10	15	20	25
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขฯ คกก. service plan									

ตัวชี้วัดที่ 3.4 ร้อยละเครือข่ายสุขภาพที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการ ด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน													
หน่วยวัด	ร้อยละ												
คำอธิบาย	เครือข่ายเขตสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์เฉพาะทาง และสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในสาขาที่ได้รับการพัฒนาโดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ วิชาการ หมายถึง การกิจประจำของสถาบัน โรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับ COE (centers of excellence) หรือ NHA (national health authority) หรือ ระบบบริการสุขภาพ (service plans)ที่โรงพยาบาล สถาบัน รับผิดชอบ ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาทารกแรกเกิด สาขาทา สาขาไต สาขาอุบัติเหตุ สาขาช่องปาก สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT/COPD/STROKE) และสาขายาเสพติด เป็นต้น สนับสนุนวิชาการ หมายถึง กิจกรรมที่สถาบัน โรงพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนกรมการแพทย์ได้ดำเนินการให้แก่ สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานวิจัยที่หน่วยงานกรมการแพทย์เกี่ยวข้องการสนับสนุนสื่อวิชาการ นวัตกรรมทางการแพทย์ หรือ วิชาการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขศึกษายภาพสถานบริการ หมายถึงขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน												
เกณฑ์การให้คะแนน	จำนวนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปรับเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ10 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละ 20 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละ 30 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละ 40 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ</td></tr> </tbody> </table>	คะแนน	ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ10 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้	1	ร้อยละ 20 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ	2	ร้อยละ 30 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ	3	ร้อยละ 40 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ	4	ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ	5	ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ
คะแนน	ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ10 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้												
1	ร้อยละ 20 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ												
2	ร้อยละ 30 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ												
3	ร้อยละ 40 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ												
4	ร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ												
5	ร้อยละ 60 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการ												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ร้อยละเครือข่ายสุขภาพที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน	ระดับ	NA	NA	NA	20	30	40	50	60
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขฯ คกก. service plan									

ตัวชี้วัดที่ 3.5 ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ	
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ
คำอธิบาย	เครือข่ายเขตสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์เฉพาะทาง และสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในสาขาที่ได้รับการพัฒนา โดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	มีการศึกษาความต้องการด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) ของเขตสุขภาพ								
	2	มีการทบทวนแผนงานการดำเนินงานสนับสนุนเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของเขตสุขภาพ								
	3	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ร้อยละ 50								
	4	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70								
	5	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพ ได้ทุกประเด็น								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ	ระดับความสำเร็จ	N/A	N/A	ระดับ 5					
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก. service plan									

กลยุทธ์ที่ 4

สร้างระบบการฝึกอบรมพัฒนาแบบครบวงจร มุ่งพัฒนาขีดความสามารถแก่บุคลากรทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยา รองรับปัญหาความต้องการของเครือข่ายสุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญของทีมแพทย์ และวิทยาการทางการแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาที่ทันสมัย

ตัวชี้วัดที่ 4.1 จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา

หน่วยวัด	จำนวนหลักสูตร									
คำอธิบาย	หลักสูตรที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีได้จัดทำขึ้น เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพด้านมะเร็งวิทยา ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 3 และ 4 แบบครบวงจร									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา 1 หลักสูตร								
	2	จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา 2 หลักสูตร								
	3	จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา 3 หลักสูตร								
	4	จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา 4 หลักสูตร								
	5	จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา 5 หลักสูตร								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนหลักสูตรเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านมะเร็งวิทยา	จำนวนหลักสูตร	4	3	3	3	3	3	4	4
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปผลการประเมินโครงการอบรม									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.KM									

ตัวชี้วัดที่ 4.2 จำนวนการลงนามความร่วมมือ (MOU) เพื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติด้านมะเร็งวิทยา										
หน่วยวัด	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU)									
คำอธิบาย	การลงนามความร่วมมือ (MOU) เพื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพด้านมะเร็งวิทยา									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU) 1 เรื่อง								
	2	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU) 2 เรื่อง								
	3	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU) 3 เรื่อง								
	4	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU) 4 เรื่อง								
	5	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU) 5 เรื่อง								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนบันทึกการลงนามความร่วมมือ (MOU)	เรื่อง	Na	Na	Na	1	2	3	4	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางวิชาการ									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.KM									

ตัวชี้วัดที่ 4.3 ระดับความสำเร็จในการยกระดับเป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์									
หน่วยวัด									
คำอธิบาย									
เกณฑ์การให้คะแนน									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน									
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.KM								

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การร่วมแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่อย่างบูรณาการ
เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนในเขตบริการได้รับการส่งเสริม ป้องกันจากโรคมะเร็ง เมื่อเจ็บป่วย
ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคด้วยความเชี่ยวชาญชั้นสูง โดยบูรณาการ
เครือข่าย นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของปัญหาโรคมะเร็งของพื้นที่ลดลง

กลยุทธ์ที่ 5 สร้างสรรค์รูปแบบวิชาการ เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพใน
พื้นที่บริการ และขับเคลื่อนวิชาการมุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน กลุ่ม
เสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และลดปัญหาโรคมะเร็งของเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 5.1 จำนวนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง

หน่วยวัด	จังหวัด																												
คำอธิบาย	จำนวนจังหวัดในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่มีสถานศึกษานำเอาสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (E-Learning) ด้านโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พัฒนาขึ้นเพื่อให้เป็นต้นแบบวิชาการในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไปใช้																												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>คะแนน</td><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td></tr><tr><td>1</td><td>มีการรับสมัครพื้นที่ที่จะนำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้</td></tr><tr><td>2</td><td>มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 1 จังหวัด</td></tr><tr><td>3</td><td>มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 2 จังหวัด</td></tr><tr><td>4</td><td>มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 3 จังหวัด</td></tr><tr><td>5</td><td>มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 4 จังหวัด</td></tr></table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการรับสมัครพื้นที่ที่จะนำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้	2	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 1 จังหวัด	3	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 2 จังหวัด	4	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 3 จังหวัด	5	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 4 จังหวัด																
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																											
	1	มีการรับสมัครพื้นที่ที่จะนำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้																											
	2	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 1 จังหวัด																											
	3	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 2 จังหวัด																											
	4	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 3 จังหวัด																											
	5	มีจังหวัดที่มีสถานศึกษานำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้จำนวน 4 จังหวัด																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลงานที่ผ่านมา</th><th colspan="5">ค่าเป้าหมาย</th></tr><tr><th>56</th><th>57</th><th>58</th><th>60</th><th>61</th><th>62</th><th>63</th><th>64</th></tr><tr><td>จำนวนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง</td><td>จังหวัด</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย					56	57	58	60	61	62	63	64	จำนวนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง	จังหวัด	N/A	N/A	N/A	0	1	1	1	1
	ตัวชี้วัด			หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย																					
		56	57		58	60	61	62	63	64																			
จำนวนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง	จังหวัด	N/A	N/A	N/A	0	1	1	1	1																				
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ รับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลโครงการตามตัวชี้วัดความสำเร็จ																												
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์																												
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ																												

ตัวชี้วัดที่ 5.2 ระดับความสำเร็จในการสร้างต้นแบบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง									
หน่วยวัด	ระดับ								
คำอธิบาย	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (E-Learning) ให้เป็นต้นแบบวิชาการในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย								
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน							
	1	มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง							
	2	มีการกำหนดรูปแบบของสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ที่จะพัฒนา							
	3	จัดทำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบที่กำหนดจนแล้วเสร็จ							
	4	มีการนำสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ ที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผล							
	5	มีสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (E-Learning) ที่ปรับปรุงแก้ไขจนแล้วเสร็จ พร้อมใช้งาน							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
		56	57	58	60	61	62	63	64
	ระดับความสำเร็จในการสร้างต้นแบบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพด้านโรคมะเร็ง	N/A	N/A	N/A	3	5	5	5	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ รับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลโครงการตามตัวชี้วัดความสำเร็จ								
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ								

ตัวชี้วัดที่ 5.3 จำนวนเครือข่ายต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองแบบองค์รวม (Palliative care)	
หน่วยวัด	แห่ง
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก. Palliative care

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นเลิศ สมคุณค่าเชี่ยวชาญชั้นสูง

เป้าประสงค์ที่ 4 โรงพยาบาลมະเร็งลพบุรีมีความเป็นเลิศ และมีคุณภาพมาตรฐานด้านการบริการ
โรคมะเร็งเต้านม มะเร็งศีรษะและลำคอ ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการแพทย์สูง
ระดับประเทศ

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบการบริการที่ยอดเยียมที่ผู้ให้บริการมีความสุข สร้างสิ่งแวดล้อมใน
โรงพยาบาลที่เอื้อต่อการจัดบริการทางการแพทย์ และการใช้ประโยชน์จากความรู้
เชี่ยวชาญทางการแพทย์ให้เกิดคุณค่าสูงสุด

ตัวชี้วัดที่ 6.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้าน ผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ภายใน เกณฑ์เวลาที่กำหนด

หน่วยวัด	ร้อยละ	
คำอธิบาย	ภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการดังนี้ 1. ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ โดยนับจาก - วันตัดสินใจขึ้นเนื้อถึงวันผ่าตัด หรือ วันทำการตรวจวินิจฉัยถึงวันผ่าตัดหรือ วันสุดท้ายการรักษาด้วยวิธีอื่น (รังสี/เคมี) ถึงวันผ่าตัด 2. ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ โดยนับจาก - วันตัดสินใจขึ้นเนื้อถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก หรือ วันสุดท้ายการรักษาด้วยวิธีอื่น (ผ่าตัด/ รังสี) ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก 3. ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ โดยนับจาก - วันตัดสินใจขึ้นเนื้อถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก หรือ วันสุดท้ายการรักษาด้วยวิธีอื่น (ผ่าตัด/ เคมี) ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก	
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านผ่าตัด (4 สัปดาห์) เคมีบำบัด(6 สัปดาห์) รังสีรักษา(6 สัปดาห์) ได้ร้อยละ 40
	2	ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านผ่าตัด (4 สัปดาห์) เคมีบำบัด(6 สัปดาห์) รังสีรักษา(6 สัปดาห์) ได้ร้อยละ 50
	3	ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านผ่าตัด (4 สัปดาห์) เคมีบำบัด(6 สัปดาห์) รังสีรักษา(6 สัปดาห์) ได้ร้อยละ 60
	4	ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านผ่าตัด (4 สัปดาห์) เคมีบำบัด(6 สัปดาห์) รังสีรักษา(6 สัปดาห์) ได้ร้อยละ 70
	5	ระยะเวลารอคอยการรักษา ด้านผ่าตัด (4 สัปดาห์) เคมีบำบัด(6 สัปดาห์) รังสีรักษา(6 สัปดาห์) ได้ร้อยละ 80

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในอดีตปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ระยะเวลาการคอยการรักษา ด้าน ผ่าตัด (4 สัปดาห์) เคมีบำบัด (6 สัปดาห์) รังสีรักษา (6 สัปดาห์)	ร้อยละ	40	50	60
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานที่ประสานกับงานที่เกี่ยวข้อง โดยการเก็บข้อมูลตามแบบ บันทึกระยะเวลาการคอยการรักษา ด้าน การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ				
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.ด้านหน้า				

ตัวชี้วัดที่ 6.2 ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ													
หน่วยวัด	ร้อยละ												
คำอธิบาย	- ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้มารับบริการทางการแพทย์ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก และประเภท ผู้ป่วยใน - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ความพึง พอใจในด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ												
เกณฑ์การให้คะแนน	ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 65</td></tr> <tr> <td>2</td><td>คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 70</td></tr> <tr> <td>3</td><td>คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 75</td></tr> <tr> <td>4</td><td>คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>5</td><td>คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 85</td></tr> </tbody> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 65	2	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 70	3	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 75	4	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 80	5	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 85
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 65												
2	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 70												
3	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 75												
4	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 80												
5	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 85												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	ร้อยละ	81.41	83.15	83.74	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	งานพัฒนาคุณภาพ เป็นหน่วยงานที่ประสานงาน และดำเนินการในการสำรวจข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการตามรายละเอียดแบบสอบถาม และประมวลผลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ									

ตัวชี้วัดที่ 6.3 ร้อยละของรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ					
หน่วยวัด	ร้อยละ				
คำอธิบาย	การจัดบริการพิเศษ หมายถึง การจัดตรวจสุขภาพค้นหาหะเร็งระยะเริ่มแรกทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การอบรมบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ของ LBCH และวิธีอื่นๆ ที่จะจัดหารายได้เพิ่มขึ้น				
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ ร้อยละ 5			
	2	รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ ร้อยละ 10			
	3	รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ ร้อยละ 15			
	4	รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ ร้อยละ 20			
	5	รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ ร้อยละ 25			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีตปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการพิเศษ	ร้อยละ	NA	NA	
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	งานการเงินจากรายได้การตรวจสุขภาพ /การอบรม/การขายผลิตภัณฑ์ภายใต้แบรนด์ของ LBCH				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ				
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.ด้านหน้า				

กลยุทธ์ที่ 7

ยกระดับโรงพยาบาลสู่ศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง ระดับซับซ้อนยุ่งยาก เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งของเขตสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญชั้นสูงสมคุณค่ากรรมการแพทย์ และโดดเด่นในระดับประเทศ

ตัวชี้วัดที่ 7.1 จำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

หน่วยวัด	เรื่อง									
คำอธิบาย	พิจารณาจากจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน		เกณฑ์การให้คะแนน							
	1	มีจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 1 เรื่อง								
	2	มีจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 2 เรื่อง								
	3	มีจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 3 เรื่อง								
	4	มีจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 4 เรื่อง								
	5	มีจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีมากกว่าหรือเท่ากับ 5 เรื่อง								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	จำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี (สะสม)	เรื่อง	N/A	N/A	N/A	0	1	2	3	4
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนนวัตกรรมกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

ตัวชี้วัดที่ 7.2 จำนวนรูปแบบบริการเฉพาะของการบริการแบบ Seamless one	
หน่วยวัด	
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้างานศูนย์ส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ 7.3 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี		
หน่วยวัด	ร้อยละ	
คำอธิบาย	- พิจารณาจากร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี - พิจารณาจากร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง H&N ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี - พิจารณาจากร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี - พิจารณาจากร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี	
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หรือมะเร็ง H&N หรือมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี 0-20%
	2	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หรือมะเร็ง H&N หรือมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี 21-40%
	3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หรือมะเร็ง H&N หรือมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี 41-60%
	4	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หรือมะเร็ง H&N หรือมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี 61-80%
	5	อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หรือมะเร็ง H&N หรือมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี 81-100%

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	มะเร็งเต้านม มะเร็ง H&N มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก									
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	20	40	60	80	90
	ร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง H&N ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	20	40	60	80	90
	ร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	20	40	60	80	90
	ร้อยละอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	20	40	60	80	90
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านรักษาจากโรงพยาบาลในระยะ 5 ปี									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

ตัวชี้วัดที่ 7.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์										
หน่วยวัด	ร้อยละ									
คำอธิบาย	พิจารณาจากจำนวนนวัตกรรมการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ 20								
	2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ 21-30								
	3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ 31-40								
	4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ 41-50								
	5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 50								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ (สะสม)	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	20	30	40	50	60
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามเกณฑ์									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี									

ตัวชี้วัดที่ 7.5 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยใน (CMI)										
หน่วยวัด										
คำอธิบาย										
เกณฑ์การให้คะแนน										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน										
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล										
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้างานเวชระเบียน									

ตัวชี้วัดที่ 7.6 อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	
หน่วยวัด	
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ 7.7 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence) (KPI คำรับรอง)		
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ	
คำอธิบาย	ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง หมายถึง การแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง การพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ตามองค์ประกอบในการพัฒนา 7 องค์ประกอบ คือ 1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 2. การฝึกอบรม ถ่ายทอด (Training) 3. การบริการตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) 4. การรับส่งต่อ (Referral) 5. การเป็นศูนย์อ้างอิง (Reference) 6. การพัฒนานโยบาย (Policy Advocacy / National Body) 7. การสร้างเครือข่ายวิชาการ (Network)	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	จัดทำแผนพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence)
	2	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
	3	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
	4	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
	5	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	
ผู้จัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง	

ตัวชี้วัดที่ 7.8 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อ ผ่านโปรแกรม online (KPI คำรับรอง)		
หน่วยวัด		
คำอธิบาย	การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ชี้นสูตร เป็นต้น	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	จัดทำแผนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ
	2	จัดประชุม/นิเทศติดตามการใช้แผนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง
	3	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
	4	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
	5	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	
ผู้จัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการดำเนินงาน	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ
เป้าประสงค์ที่ 5 โรงพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ที่สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ตามเกณฑ์
กรมการแพทย์

กลยุทธ์ที่ 8 บูรณาการทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล
ให้สมบูรณ์ในการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติที่มีประสิทธิภาพในการรองรับ
ความต้องการทางสุขภาพของเขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 8.1 ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) ของโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย										
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ									
คำอธิบาย	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี สังกัดกรมการแพทย์ มีพันธกิจในการร่วมพัฒนาและเสนอนโยบายด้านการแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในเขตสุขภาพ จึงต้องดำเนินการพัฒนาหน่วยงานให้มีความสามารถในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือจัดทำบทความในหนังสือการแพทย์ไทย (Thailand Medical Services Profile: TMSP) ซึ่งเป็นหนังสือที่เป็นข้อมูลวิชาการเชิงประจักษ์ (Evidence based) ด้านการแพทย์ของของเขตสุขภาพและประเทศ เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการแพทย์ที่สอดคล้องกับบทบาทภารกิจของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี									
เกณฑ์การให้คะแนน		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน							
		1	ทบทวนผลการดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ปี 2559							
		2	วิเคราะห์ และระบุประเด็นที่จะจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย							
		3	ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย							
		4	สื่อสารและการขับเคลื่อนนโยบายต่อผู้บริหาร/เขตสุขภาพ							
		5	รายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ต่อผู้บริหาร/เขตสุขภาพ							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
		ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) ของโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย	ระดับ	N/A	N/A	N/A	5	5	5	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการ		คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และ								

จัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี + เลขา คกก. Service plan

ตัวชี้วัดที่ 8.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์องค์กรสุขภาพระดับชาติ NHA													
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
คำอธิบาย	การพัฒนานโยบายสู่การเป็นองค์กรระดับชาติ (National Health Authority: NHA) โดยมีการพัฒนาข้อเสนอการปรับบทบาทและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งเป็นระบบย่อย 4 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการควบคุม และ การป้องกันโรค ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ใน 11 ประเด็น ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ (Strategy) 2) การสร้างและการจัดการความรู้ (KM) 3) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (TA) 4) การกำหนดและรับรองมาตรฐานต่างๆ (Service Standard) 5) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Surveillance) 6) พัฒนากฎด้านกฎหมาย (Law & Regulate) 7) พัฒนาสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ (Regional Health/Global & International Health) 8) การกำกับดูแล ติดตามประเมินผล (M&E) 9) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ (Financing) 10) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว (Information) 11) การกำหนดนโยบายและกำลังคนด้านสุขภาพ (HR)												
เกณฑ์การให้คะแนน	วัดผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนที่มีระดับ คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing / HR</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผ่านเกณฑ์ 12 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing / HR / Law & Regulate / Information Regional Health / Global & International Health</td></tr> </tbody> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard	2	ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E	3	ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing	4	ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing / HR	5	ผ่านเกณฑ์ 12 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing / HR / Law & Regulate / Information Regional Health / Global & International Health
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard												
2	ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E												
3	ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing												
4	ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing / HR												
5	ผ่านเกณฑ์ 12 ข้อ : Strategy / KM / TA / Service Standard / M&E Surveillance / Financing / HR / Law & Regulate / Information Regional Health / Global & International Health												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาล ตามเกณฑ์องค์กรสุขภาพระดับชาติ NHA	ระดับ	N/A	N/A	N/A	1	2	3	4	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง เป็นศูนย์กลางในการอำนวยความสะดวก ประสานงาน ให้การสนับสนุนการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรมุ่งสู่การเป็นองค์กรระดับชาติ (National Health Authority: NHA)									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก. COE 2 NHA									

ตัวชี้วัดที่ 8.3 ร้อยละของความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาล	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย	เครือข่ายเขตสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์เฉพาะทาง และสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในสาขาที่ได้รับการพัฒนาโดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ วิชาการ หมายถึง ภารกิจประจำของสถาบัน โรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับ COE (centers of excellence) หรือ NHA (national health authority) หรือ ระบบบริการสุขภาพ (service plans) ที่โรงพยาบาล สถาบัน รับผิดชอบ ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาทารกแรกเกิด สาขาตา สาขาไต สาขาอุบัติเหตุ สาขาช่องปาก สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT/COPD/STROKE) และสาขายาเสพติด เป็นต้น สนับสนุนวิชาการ หมายถึง กิจกรรมที่สถาบัน โรงพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนกรมการแพทย์ได้ดำเนินการให้แก่ สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานวิจัยที่หน่วยงานกรมการแพทย์เกี่ยวข้อง การสนับสนุนสื่อวิชาการ นวัตกรรมทางการแพทย์ หรือ วิชาการที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขศักยภาพสถานบริการ หมายถึงขีดความสามารถในการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการด้านโรคมะเร็งได้อย่างมีมาตรฐาน -->กำหนดตามเกณฑ์ service plan/สปส

เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาล ปรับเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละระดับ ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้									
	คะแนน	ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน ดังนี้								
	1	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 70								
	2	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 75								
	3	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 80								
	4	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 85								
	5	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาลเท่ากับ 90								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการและเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีต่อโรงพยาบาล	ระดับ	N/A	N/A	N/A	70	75	80	85	90
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ เป็นศูนย์กลางในประสานงาน และดำเนินการในการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล / รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก. service plan									

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาองค์กร บุคลากร รองรับการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ สมรรถนะสูง ที่พึ่งตนเองได้ ยั่งยืน

เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบุคลากรที่สนับสนุนมีความเป็นมืออาชีพ นำไปสู่การยอมรับของเครือข่าย

กลยุทธ์ที่ 9 พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลให้เชี่ยวชาญครบทุกสาขา ตามความจำเป็นในปัจจุบัน และอนาคต ต่อยอดสมรรถนะบุคลากรสนับสนุนให้เป็นทีมงานมืออาชีพ มุ่งสร้างการทำงานแบบทีมบูรณาการเป็นองค์กรที่มีความสุข วัฒนธรรมเข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ 9.1 ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Functional Competencies)										
หน่วยวัด	ร้อยละ									
คำอธิบาย	สมรรถนะ หรือ Competency ของข้าราชการพลเรือนสามัญ คือ คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานได้โดดเด่นในองค์กร ส่วนสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ หรือ Functional Competencies เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมที่ผู้ปฏิบัติได้แสดงออกระหว่างปฏิบัติราชการ ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งจะสะท้อนสมรรถนะตามที่ควรเป็นสำหรับประเภท/ตำแหน่งของแต่ละบุคคล									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ร้อยละ 70								
	2	บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ร้อยละ 75								
	3	บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ร้อยละ 80								
	4	บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ร้อยละ 85								
	5	บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ร้อยละ 90								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ (Functional Competencies)		ร้อยละ	82.08	86.62	92.48	90	90	90	90	90
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล		จากผลการประเมินสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของบุคลากรทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ , ลูกจ้างประจำ , พนักงานราชการ , พนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว ทุกสายที่มีผลการประเมินสมรรถนะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติฯ ในแต่ละรอบการประเมิน ซึ่งประเมิน 2								

	รอบต่อปี โดยนำผลการประเมินทั้ง 2 รอบ ของทุกประเภทนำมาคิดเป็นร้อยละ ใน 1 ปีงบประมาณ
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล

ตัวชี้วัดที่ 9.2 ร้อยละของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

หน่วยวัด	ร้อยละ									
คำอธิบาย	บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และบุคลากรที่สนับสนุนมีความเป็นมืออาชีพนำไปสู่การยอมรับของเครือข่าย									
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 55								
	2	บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 60								
	3	บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 65								
	4	บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 70								
	5	บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 75								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
ร้อยละของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ		ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	55	60	65	70	75
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลจำนวนหลักสูตรที่ได้รับการพัฒนา									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขฯ คกก. HRM & HRD									

ตัวชี้วัดที่ 9.3 ร้อยละความพึงพอใจในงาน "ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน"

หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย	ร้อยละความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” หมายถึง ระดับความพึงพอใจในการทำงาน เพื่อประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการบริหารจัดการด้านบุคลากร ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการทำงานหรือการให้บริการแก่ผู้ป่วย ในด้านความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน และ ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ทั้งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายคาบ) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาระงลบุรี

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1	ความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” ร้อยละ55								
	2	ความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” ร้อยละ60								
	3	ความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” ร้อยละ65								
	4	ความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” ร้อยละ70								
	5	ความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน” ร้อยละ75								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
	ร้อยละความพึงพอใจในการทำงาน “ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน”	ร้อยละ	68.02	66.65	66.18	65	65	70	70	75
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมข้อมูลในการรายงานผลใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจที่ได้แจกให้การรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน ทุกท่าน ตอบแสดงความคิดเห็นต่อการบริหารงานในประเด็นที่ได้กำหนดไว้									
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล									

ตัวชี้วัดที่ 9.4 ร้อยละบุคลากรที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (Gap Competency) ได้รับการพัฒนา										
หน่วยวัด	ร้อยละ									
คำอธิบาย										
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน								
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
			56	57	58	60	61	62	63	64
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล										
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ									
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล									

เป้าประสงค์ที่ 7

โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐานสากลผ่านรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล (HA) ผ่านการรับรองมาตรฐานการบริหารระดับสากลตามเกณฑ์
รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)

กลยุทธ์ที่ 10

พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลสู่องค์กรทันสมัย มุ่งสู่
องค์กรดิจิทัลที่สมบูรณ์ทั้งวิชาการ บริการ และการบริหารจัดการ

ตัวชี้วัดที่ 10.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล มุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

หน่วยวัด	
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.İM

ตัวชี้วัดที่ 10.1 จำนวนระบบสารสนเทศที่ได้รับการพัฒนา(ขึ้นใหม่)

หน่วยวัด	
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.İM

ตัวชี้วัดที่ 10.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ

หน่วยวัด	
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
ผู้จัดเก็บข้อมูล	เลขา คกก.İM

ตัวชี้วัดที่ 11.1 สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล									
หน่วยวัด	อัตราส่วน								
คำอธิบาย	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว/อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio) เป็นอัตราส่วนที่ใช้วัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นของหน่วยงาน เนื่องจากไม่รวมวัสดุคงคลัง ซึ่งเป็นสินทรัพย์หมุนเวียนที่มีความคล่องตัวน้อยที่สุด หน่วยงานโดยทั่วไป ต้องการอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็วที่มีค่าสูง เพราะแสดงว่า หน่วยงานมีสภาพคล่องสูงอย่างแท้จริง คือ มีสินทรัพย์หมุนเวียนที่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้รวดเร็วทันที่เพื่อนำไปชำระหนี้ระยะสั้นได้มาก (การวัดส่วนของสินทรัพย์ที่ได้หักค่าวัสดุคงคลัง ที่เป็นสินทรัพย์ระยะสั้นและความคล่องตัวในการเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ต่ำสุดออก เพื่อให้ทราบถึงสภาพคล่องที่แท้จริงของหน่วยงานได้ (โดยปกติอัตราส่วน 1:1 ถือว่าเหมาะสม) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) แสดงให้ทราบว่า หน่วยงานมีสินทรัพย์หมุนเวียนภายในรอบระยะเวลาบัญชีเป็นกี่เท่าของหนี้สินหมุนเวียน อัตราส่วนนี้ใช้แสดงฐานะการเงินระยะสั้นของหน่วยงาน และยังใช้วัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นด้วย ถ้าอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนที่มีค่าสูง เพราะแสดงว่า หน่วยงานมีสภาพคล่องสูงและมีความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นได้ดี แต่ในการแปลความหมาย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนที่มีค่าสูงนั้น ควรพิจารณาประกอบกับอัตราส่วนอื่นๆ ถ้าค่าที่คำนวณได้สูงเท่าใด แสดงว่า หน่วยงานมีสินทรัพย์หมุนเวียนที่ประกอบไปด้วย เงินสด ลูกหนี้ และวัสดุคงคลังมากกว่าหนี้ระยะสั้น ทำให้มีความคล่องตัวในการชำระหนี้ระยะสั้นค่อนข้างมาก (โดยปกติอัตราส่วน 2:1 ถือว่าเหมาะสม)								
เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวชี้วัด		เกณฑ์การให้คะแนน						
			1	2	3	4	5		
	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)		<1						≥1
	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio)		<1						≥1
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย			
			56	57	58	60	61	62	63
			59	60	61	62	63	64	65
	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)	อัตราส่วน	6.92	13.0	9.23	≥1	≥1	≥1	≥1
	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio)	อัตราส่วน	7.81	14.5	10.4	≥1	≥1	≥1	≥1
			9	7					
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล	(1) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) (2) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio)								
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี								

ตัวชี้วัดที่ 11.2 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับ หน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด (KPI ตามคำรับรอง)	
หน่วยวัด	
คำอธิบาย	
เกณฑ์การให้คะแนน	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี

ตัวชี้วัดที่ 11.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาตามขั้นตอนของการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) (KPI ตามคำรับรอง)							
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ						
คำอธิบาย	ตัวชี้วัดนี้แสดงถึงศักยภาพของสถานบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่พัฒนาคุณภาพตนเองให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพฉบับปีกาณณานิกเชก (HA) หรือมาตรฐานฉบับฉลลอสสิริราชสมบัติ 60 ปี ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลโดยการควบคุมกำกับจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผ่านบันไดขั้นที่ 1 หมายถึง สถานบริการได้รับการเข้าเยี่ยมให้คำปรึกษาและผ่านเกณฑ์การประเมินความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดไว้ ผ่านบันไดขั้นที่ 2 หมายถึงสถานบริการที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากบันไดขั้นที่ 1 สามารถวิเคราะห์เป้าหมายของงานและวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ ผ่าน HA หมายถึง สถานบริการได้รับการพัฒนา มีการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน ผ่าน Re-Accredit หมายถึง สถานบริการที่ผ่านการรับรอง HA เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป						
เกณฑ์การให้คะแนน		ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
		ผลการประเมิน	ไม่ผ่าน/ไม่สำเร็จ	-	-	-	ผ่าน/สำเร็จ
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน							
แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล							
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ						
ผู้จัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ						

ตัวชี้วัดที่ 11.4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA)													
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ												
คำอธิบาย	การรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA : AHA) มีเกณฑ์การประเมินที่ขยายความ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยการควบคุมกำกับของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานสากล จาก The International Society for Quality Health Care (ISQua)												
เกณฑ์การให้คะแนน	วัดผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนที่มีระดับ คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>พัฒนาผู้นำ ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติอย่างลึกซึ้ง การใช้วิธีการที่เป็นระบบในกระบวนการทำงาน การเพิ่ม maturity ของระบบเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (หลักสูตร HA 701 : Advanced HA_ สำหรับผู้นำ จำนวน 6 คน)</td></tr> <tr> <td>2</td><td> - จัดกิจกรรมสื่อสาร เรื่อง การรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA : AHA) ให้ทราบทั่วทั้งองค์กร - พัฒนาบุคลากร ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติ </td></tr> <tr> <td>3</td><td>ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี</td></tr> <tr> <td>4</td><td>รับการตรวจประเมินภายนอก ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ได้รับการรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</td></tr> </tbody> </table>	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	พัฒนาผู้นำ ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติอย่างลึกซึ้ง การใช้วิธีการที่เป็นระบบในกระบวนการทำงาน การเพิ่ม maturity ของระบบเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (หลักสูตร HA 701 : Advanced HA_ สำหรับผู้นำ จำนวน 6 คน)	2	- จัดกิจกรรมสื่อสาร เรื่อง การรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA : AHA) ให้ทราบทั่วทั้งองค์กร - พัฒนาบุคลากร ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติ	3	ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี	4	รับการตรวจประเมินภายนอก ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี	5	ได้รับการรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	พัฒนาผู้นำ ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติอย่างลึกซึ้ง การใช้วิธีการที่เป็นระบบในกระบวนการทำงาน การเพิ่ม maturity ของระบบเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (หลักสูตร HA 701 : Advanced HA_ สำหรับผู้นำ จำนวน 6 คน)												
2	- จัดกิจกรรมสื่อสาร เรื่อง การรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA : AHA) ให้ทราบทั่วทั้งองค์กร - พัฒนาบุคลากร ให้ได้เรียนรู้แนวคิดพื้นฐานการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) และวิธีการค้นหาโอกาสพัฒนา การแปลความหมายของมาตรฐานสู่การปฏิบัติ												
3	ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี												
4	รับการตรวจประเมินภายนอก ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี												
5	ได้รับการรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน									
	ตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
		56	57	58	60	61	62	63	64
	ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ระบบคุณภาพโรงพยาบาล ตามเกณฑ์การประเมินสำหรับ การรับรองชั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	N/A	N/A	N/A	1	2	3	4	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	งานพัฒนาคุณภาพ เป็นศูนย์กลางในการอำนวยความสะดวก ประสานงาน ให้การสนับสนุนการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพกับหน่วยงานต่างๆ และประสานงานกับสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอรับการประเมินเพื่อการรับรองชั้นก้าวหน้า (AHA)								
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ								

ตัวชี้วัดที่ 11.5 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาล ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)		
หน่วยวัด	ระดับความสำเร็จ	
คำอธิบาย	รางวัลคุณภาพแห่งชาติ หรือ Thailand Quality Award : TQA เป็นรางวัลที่ถูกบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การเพิ่มผลผลิตของประเทศเพื่อสร้างรากฐานการเติบโตของผลิตภัณฑ์ประชาชาตินำไปสู่การขับเคลื่อน ประเทศให้มีระบบเศรษฐกิจที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศอย่างยั่งยืน โดยมีสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือ เผยแพร่ สนับสนุน และผลักดันให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาคการผลิตและการบริการ นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติไปพัฒนาศักยภาพระบบการบริหารจัดการในองค์กร	
เกณฑ์การให้คะแนน	วัดผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนที่มีระดับ คะแนน 5 ระดับ ดังนี้	
	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	เตรียมความพร้อมของบุคลากรในองค์กร โดยส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร TQA Criteria ของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ จำนวน 4 คน เพื่อเป็นผู้นำการปรับปรุงองค์กรตามแนวทางเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)
	2	พัฒนาบุคลากรให้สามารถวางแผนและจัดทำรายงาน วิธีการและผลการดำเนินงานขององค์กร (Application Report) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร TQA Application Report Writing ของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ จำนวน 4 คน
	3	จัดทำรายงาน วิธีการและผลการดำเนินงานขององค์กร (Application Report)
	4	รับการตรวจประเมินภายนอก ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพ (TQA)
	5	ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ หรือ Thailand Quality Award : TQA

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	ผลงานที่ผ่านมา			ค่าเป้าหมาย				
		56	57	58	60	61	62	63	64
	ระดับความสำเร็จในการพัฒนา สมรรถนะโรงพยาบาล ตาม เกณฑ์รางวัลคุณภาพ (TQA)	N/A	N/A	N/A	1	2	3	4	5
แหล่งข้อมูล / วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	งานพัฒนาคุณภาพ เป็นศูนย์กลางในการอำนวยความสะดวก ประสานงาน ให้การสนับสนุนการ ดำเนินงานตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพ (TQA)								
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ								