

## รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และเกณฑ์คุณภาพ ๑ตค.-๓๐ มิย.. ๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ ๑. แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)					
ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)	๑. ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (PCC)	๒ แห่ง	๒ แห่ง	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ ๑. แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (๑๕ โครงการ ๓๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	> ร้อยละ ๕๐	๓๐%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	> ร้อยละ ๘๕	๘๖%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. อัตราผู้ป่วยใหม่เบาหวานจากเสี่ยงเบาหวาน	< ร้อยละ ๒.๐๕	๑.๑๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	< ร้อยละ ๕	๓.๒๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงฯ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	> ร้อยละ ๓๐	๓๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
		๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า	> ร้อยละ ๘๐	ตา ๓๕ % ไต ๔๑.๗ % เท้า ๑๙.๘ %	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
		๗.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke)	< ร้อยละ ๕	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)	ร้อยละ ๒๕	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗.๓ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;1๖๐-1๖๙) การรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ ๗	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (1๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	> ร้อยละ ๔๐	๔๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU สำญจร)	๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ผ่านเกณฑ์ชั้น ๒	ชั้น ๑	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๓	๓.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด (การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด)	๑. อัตราตายทารกแรกเกิด : ๑๐๐๐ ปชก.	<๓.๘ : แसन ปชก.	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.) Birth Asphyxia	เท่ากับ ๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. ห้องคลอดผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔	๔.โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๔๐	๔๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	๕. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๒๐	๑๘.๒๐%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖	๖.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๖๓	๖๕.๘๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	<น้อยกว่าร้อยละ ๖.๓ : แसन ปชก.	๑๗.๖๑ : แसनปชก.	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗	๗.โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	บำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission)	ร้อยละ ๒๐	๒๐.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)	ร้อยละ ๒๐	๒๐.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
		๓. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน	> ร้อยละ ๙๒	๙๓.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๘	๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (Sepsis)	๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired	< ร้อยละ ๓๐	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙	๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๑. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ในเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๕๐	๕๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ER)	< ร้อยละ ๒	๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐	๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๑. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งเต้านม	> ร้อยละ ๗๐	๗๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	> ร้อยละ ๙๐	๙๑%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑ และ ๒	> ร้อยละ ๗๐	ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มอายุ ๕๐-๗๐ ปี	ร้อยละ ๕	รอกการประเมิน	รอกการดำเนินการ
๑๑	๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	> ร้อยละ ๖๖	๕๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒	๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๑. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๕	๙๑%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ	
๑๓	๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๑. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care	ร้อยละ ๕๐	อยู่ระหว่างดำเนินงานจัดตั้งคลินิก	รอการดำเนินการ
๑๔	๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery	๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับการแบบ One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐	อยู่ระหว่างดำเนินงานจัดตั้งคลินิก	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๕	โครงการพัฒนาระบบบริการ COPD & Asthma	๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	< ร้อยละ ๒.๕	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑๓๐ ครั้ง : ๑๐๐ ผู้ป่วย ๑๐๐ คน	๑๑๓.๓ (๑๕คน/๑๗ ครั้ง)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
<b>ยุทธศาสตร์ ๑. แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ(๑ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)</b>					
	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ	
๑	๑.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข	๑.ความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M๑ (ทั้ง ER และ Admit)	< ร้อยละ ๑	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๒๒	๒๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



Excellence)					
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ	
๑	๑. โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ	๑. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข (โรงพยาบาลคุณธรรม)	๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุข ของพนักงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐	๙๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)	ร้อยละ ๘๐	๙๔.๓๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.) ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ	ร้อยละ ๗๐	๙๐.๐๗%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๓	๓. โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ	๑. ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๕๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓		พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน (Prevention & Promotion Excellence)			
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (๕ โครงการ๒๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๑๐๐๐ วันมหัศจรรย์แห่งชีวิต	๑.สถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
		๒.อัตราการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	< ๑๕ : แสนปชก.	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	ร้อยละ ๕๗	๗๑.๘๗%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔.เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเตียว	> ร้อยละ ๕๐	๕๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	< ร้อยละ ๗	๔%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.การการดูแลขณะตั้งครรภ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานภายใน ๑๒ สัปดาห์	> ร้อยละ ๖๐	๘๔%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒ ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๐	๙๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ ๒๐	๒๔%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1	ร้อยละ ๖๐	๖๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔.เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ ๘๐	๘๑.๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๓	๓.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑.ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๙๐	๙๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๖๘	๘๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	<๓๘: ปชก.	๒.๑๗	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ	>ร้อยละ ๖๐	๖๔%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.อัตราการตกเลือดหลังคลอด	เท่ากับ ๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔	๔.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑.ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	> ร้อยละ ๖๕	๖๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ ๙๐	๙๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๙๐	๙๑%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	๕.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๕.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.ร้อยละของ Healthy Aging	≥ ร้อยละ ๑	๑.๓๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓		แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)			
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
	๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๑) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ ๓		แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (๕ โครงการ ๑๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)			
๑	๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑.ผ่านเกณฑ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ -กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก -ใช้เลือดออก	๒.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๕	๘๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	ร้อยละ ๘๖	๑๙๑%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน	ร้อยละ ๑๐	๓.๒๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน	ร้อยละ ๐.๑๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	< ๕๐: แสนปชก.	๙.๐๔	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๓	๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๖. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	เท่ากับ ๐	เท่ากับ ๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	<๒๓.๒: แสตนปชก.	๑๐: แสตน ปชก.	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	๔. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๑. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์ CFGT	ร้อยละ ๙๐	๙๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	๕. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของตลาดนัดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ	ระดับดี	ระดับดี	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. ความครอบคลุมของร้านชำมาตรฐาน	> ร้อยละ ๘๐	๘๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ ที่ ๓		แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)			
๑	๑.โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	๑.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ผ่านเกณฑ์สถานที่ทำงานน่าอยู่ HWP	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการและการใช้สารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ ทุกประเภทในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพร่วมกับสาขาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน(Governance Excellence)					
ยุทธศาสตร์ที่ ๔		แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (๒ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)			
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๑๐๐	๗๖%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	> ร้อยละ ๘๐	๘๖%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ	ร้อยละ ๘๐	๘๓.๘๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๒.ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ธรรมรงค์ ชั้น ๓	ธรรมรงค์ ชั้น ๓	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๑.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	ร้อยละ ๑๐๐	ธรรมรงค์ ชั้น ๓	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



ยุทธศาสตร์ที่ ๔ แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
๑	๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูล (การบริการที่ครอบคลุมทุกสิทธิ์ที่เท่าเทียม)	๑. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ ๙๐	๙๒%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละการครอบคลุมสิทธิ์ประกันสุขภาพ	ร้อยละ ๙๐	๙๗%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
	๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง	๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ แผนงานที่ ๔ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
๑	๑. โครงการพัฒนางานวิจัย	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R หรือ CQI ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	๘ เรื่อง	๙ เรื่อง	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

รวม	๙๖	ตัวชี้วัด
ผ่านเกณฑ์ ๙๒ ตัวชี้วัด		คิดเป็น ๙๕.๘๐%
ยังไม่ผ่าน ๔ ตัวชี้วัด (ดำเนินการต่อเนื่อง)		คิดเป็น ๔.๒%

## ตัวชี้วัดประเมินคุณภาพโรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	อัตราผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล(ไม่รวมPalliative care)- ER	<ร้อยละ๑	๐.๐๖% (๙ ราย)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	ร้อยละผู้ป่วย stroke รายใหม่เพิ่มขึ้น	<ร้อยละ๑๐	๖๑.๗๕% (ราย)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๓	อัตราผู้ป่วย Fast Tract Stroke	≥ ร้อยละ ๘๐	๖๔.๕๑ % (๒๐ราย)	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔	๕. ผู้ป่วยติดเชื้อHIV VL<๑๐๐๐ copies/ml หลังทานยาต้านครบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๙๐	๙๗%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด			
	DM	<๓%	6.88%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	DM	<๓%	4.92%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	COPD	<๓%	2.44%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ติดตามเยี่ยมบ้าน)	≥๘๐%	๘๕.๑๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Ca	๑๐๐%	๑๐๐%%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๘		<๓๐%	0%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙	อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ใน ๒๘ วัน (Re - Admit)	<๒.๕ %	3.40%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐	ร้อยละผู้ป่วย DM control			
	* FBS ๘๐-๑๓๐ mg%	>๔๐%	๔๖%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	* HbA๑c <๗%	>๔๐%	๓๐.๘๕%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑		<ร้อยละ๑	๐.๐๖% (๙ ราย)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒	ระยะเวลาารอรับบริการผู้ป่วยนอกภาพรวม	<๒ช.ม.	อยู่ระหว่างดำเนินการ	รอการประเมิน
๑๓	อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน	≤๑%	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๔	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	>๘๐%	๘๒.๐๔%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๕	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	>๘๐%	๘๔.๕๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑๖	ความพึงพอใจชุมชน	>๘๐%	๗๑.๐๒%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๗	๒๒. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมเทคนิคบริการ	๐ ครั้ง	๕ ครั้ง	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ</b>			
๑๘	ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมมารับประทานที่ดี	๖๐%	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
๑๙	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีการออกกำลังกายครั้งละ ไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที สัปดาห์ละ อย่างน้อย ๕ วัน	๖๐%	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
๒๐	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีความเครียดในระดับน้อยถึงปานกลาง	๘๐%	๙๔%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒๑	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีค่าดัชนีมวลกาย เหมาะสม	๖๐%	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
๒๒	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ รพ.ที่ไม่สูบบุหรี่	๙๐%	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
๒๓	ร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไม่ดื่มสุรา	๙๐%	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
	<b>ด้านผู้รับบริการ</b>			
๒๔	อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	< ๔๐ ต่อแสน ประชากร	๑๑.๐๑: แสนปชก.	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒๕	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	< ๖.๓ ต่อแสน ประชากร	๑๗.๖๑: แสนปชก. (๘คน)	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒๖	ร้อยละผู้ติดสุราหยุดเสพนาน๑เดือนหลังการบำบัด	>80%	๖๒.๕๐%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒๗	ร้อยละผู้ติดยาสูบหยุดเสพนาน๑เดือนหลังการบำบัด	>๗๐%	๖๓.๖๓%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>ด้านชุมชน</b>			
๒๘	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ ๙๐	๙๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>PSG:S (การผ่าตัดที่ปลอดภัย)</b>			
๓๐	อัตราการผ่าตัดผิดข้างผิดคนผิดหัตถการ	เท่ากับ ๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
PSG:I (การป้องกันการติดเชื้อ, ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ)				
๓๑	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อพันวันนอน	≤๓:๑๐๐๐วันนอน	๐.๔๘ :๑๐๐๐ วันนอน	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ของเลือด)๓๒				
๓๒	รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงระดับ D	๐	3	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๓๓	การแพ้ยาซ้ำ			
	--ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยนอก(ราย)	๐	0	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	--ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยใน(ราย)	๐	1	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๓๔	อัตราการ Administration error ของ NUR	<๑ :๑๐๐๐ วัน นอน (IPD)	5.7	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
		< ๑ :๑๐๐๐ ใบสั่งยา (ER)	0.03	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)				
๓๕	อัตราการให้การรักษาการทำหัตถการและการระบุตัวผู้ป่วยผิดเป็น	๐	0.02(38 ราย)	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๓๖	อัตราการสื่อสารผิดพลาด	๐	0	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๓๗	อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยใน	< ร้อยละ ๒	0.86	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๓๘	อัตราตายโดยไม่ได้คาดหมายผู้ป่วยใน	๐	0.09	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๓๙	ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการ typical MI ได้รับการตรวจและแปลผล EKG ภายใน ๑๐ นาที	๙๐%	91% (586/644 )คน	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔๐	อัตราผู้ป่วย AMI เสียชีวิตที่ ER	≤ ร้อยละ ๒	33.3 (2/6)	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๔๑	อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับยา SK ภายใน ๓ ชม.	≥ ร้อยละ ๘๐	14.28	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๔๒	อัตราผู้ป่วย AMI ได้ทำ PCI ภายใน ๓ ชม.	≥ ร้อยละ ๘๐	0	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๔๓	อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< ร้อยละ ๓	0 (0/14)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
	ด้านบุคลากร			
๔๔	อัตราคงอยู่ (%) (จำนวนบุคลากร)	ร้อยละ ๙๐	94.38	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔๕	อัตราลาออกของบุคลากร	ร้อยละ ๑	6.74	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๔๖	อัตราการย้ายของบุคลากร (%)	ร้อยละ ๑	0	ผ่านดำเนินการต่อ
๔๗	อัตราการแจ้งงานโยกย้ายของบุคลากร	ร้อยละ ๑๐๐	3.37	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔๘	ความพึงพอใจของบุคลากร	> ร้อยละ ๘๕	72.5	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๔๙	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาด้านมิติทางจิตใจ (โรงพยาบาลคุณธรรม	ร้อยละ ๑๐๐	94.2	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๕๐	ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน (FTE)	ร้อยละ ๑๐๐	๙๐.๐๒	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๕๑	อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลัก	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕๒	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผ่าน อบรมพื้นฐานวิชาการ	ร้อยละ ๑๐๐	๗๐	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
	<b>สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ</b>			
๕๓	ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI มากกว่า ๒๒.๙	< ๑๐%	๔๓.๑๘%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๕๔	ร้อยละของบุคลากรที่มีภาวะไขมันสูงเกินมาตรฐาน (Cholesterol > ๒๐๐ mg%)	< ๑๐%	๕๑.๑๔%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
	<b>Security and privacy of information ความปลอดภัยระบบสารสนเทศ</b>			
๕๕	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่มีผลกระทบต่อระบบสารสนเทศ	ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง	กำลังดำเนินการ	รอประเมิน
๕๖	ร้อยละบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ ในการใช้สื่อออนไลน์อย่างปลอดภัย	> ร้อยละ ๘๐	กำลังดำเนินการ	รอประเมิน
๕๗	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่มีผลกระทบต่อการใช้สื่อออนไลน์	ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง	กำลังดำเนินการ	รอประเมิน
	<b>Contact Transmission</b>			
๕๘	อัตราการติดเชื้อไวรัสโรคในบุคลากรโรงพยาบาล	≤ ร้อยละ ๑	กำลังดำเนินการ	รอประเมิน
๕๙	อัตราการได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สิ่งคัดหลังจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทางการพยาบาล	≤ ร้อยละ ๕	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๖๐	อัตราการได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สิ่งคัดหลังจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล	ร้อยละ ๘๐	๕๒	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	จนท.ที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์			
๖๑	บุคลากรที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้รับการดูแลด้านจิตใจ	ร้อยละ ๑๐๐	ไม่มีเหตุการณ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖๒	บุคลากรมีความสุข	ร้อยละ ๗๐	๗๕.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖๓	บุคลากรมีความเครียดระดับน้อยถึงระดับปานกลาง	ร้อยละ ๗๐	๗๓%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖๔	อุบัติการณ์ของการเกิดความขัดแย้ง	≤ ๓ ครั้ง/ปี	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖๕	ร้อยละจำนวนครั้งของการรับ-ส่งผู้ป่วย ที่เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการบนรถพยาบาล	≤ ร้อยละ ๕	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖๘	ร้อยละของการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานบนรถพยาบาล	≤ ร้อยละ ๓	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖๙	ร้อยละของการเสียชีวิตจากการปฏิบัติงานบนรถพยาบาล	เท่ากับ ๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗๐	อัตราการบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน	เท่ากับ ๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗๑	เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม Pre hos TLS	ร้อยละ ๑๐๐	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
๗๒	ร้อยละของรถฉุกเฉินมีความพร้อมใช้	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗๓	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่	ระดับดีเยี่ยม	ระดับดีเยี่ยม	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗๔	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สบส.ระดับคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์	กำลังดำเนินการ	กำลังดำเนินการ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๗๕	จำนวนอุบัติเหตุการรั่วไหลของแรงดันที่เกิดกับเจ้าหน้าที่	เท่ากับ ๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>ด้านการนำ</b>			
๗๖	ความสำเร็จการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เชิงนโยบาย	ร้อยละ ๘๐	๘๖.๔๕	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗๗	ร้อยละการติดตามรับรู้จัดการกับเหตุการณ์สำคัญ	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อ
๗๘		< ระดับ ๗	๔	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗๙	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินการตรวจสอบภายใน ๕ มิติ (EIA)	ร้อยละ ๘๐	๙๕.๓	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๘๐	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA)	ร้อยละ ๑๐๐	๗๖.๙๒	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
	<b>ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ</b>			
๘๑	การประเมินประสิทธิภาพระบบงานสำคัญรอบ ๑/๒๕๖๒	๓	กำลังดำเนินการ	รอการประเมิน
๘๒	ร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุ	<ร้อยละ๔.๖	กำลังดำเนินการ	กำลังดำเนินการ
๘๓	ความเสี่ยงระดับ miss /ระดับ near – miss	≥ร้อยละ๖๐	๓๖.๒	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๘๔	สนับสนุน ระดับปานกลาง)	<ร้อยละ๑๐	๑๐.๑	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๘๕	ร้อยละการเกิดความเสียหายระดับ E ขึ้นไป	<ร้อยละ ๑	๕	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
	<b>การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์</b>			
๘๖	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนองค์กรแพทย์	>๘๐%	รอผลการประเมิน	รอการประเมิน
๘๗	จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรมแพทย์	๐	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</b>			
๘๘	การแก้ไข(ความเสี่ยงสำคัญ)	ร้อยละ ๙๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๘๙	ผ่านเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงในการทำงานบุคลากรโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๒)	ระดับ ๕	รอผลการประเมิน	รอการประเมิน
๙๐	น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย ๒๐ พารามิเตอร์	ร้อยละ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๙๑	น้ำที่ผ่านการบำบัดจากระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานผ่านเกณฑ์ประเมิน ๑๑ พารามิเตอร์	ร้อยละ ๑๐๐	๙๐.๙	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
๙๒	เครื่องมือทางการแพทย์ในหน่วยงานมีความเพียงพอและพร้อมใช้ตามเกณฑ์ มาตรฐานบริการสาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙๓	ผ่านเกณฑ์ประเมินสุดยอดโรงพยาบาลสะอาดแห่งปี	ระดับดีมากขึ้นไป	ระดับดีมาก	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>การป้องกันการติดเชื้อ</b>			
๙๔	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ/๑๐๐cath day	≤ร้อยละ๑	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙๕	อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (HAP)	≤๓:๑๐๐๐วันนอน	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙๖	อัตราการติดเชื้อจากการผ่าตัด (ระบุ หัดถการ : TR,Appendicitis)	≤ร้อยละ๐.๕	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙๗	อัตราการติดเชื้อที่ฝีเย็บ ≤ร้อยละ๑	≤ร้อยละ๑	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙๘	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยล้าง ไตเทียม	≤ร้อยละ๐.๕	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙๙	อัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ(ระดับ ๓ ขึ้นไป)	≤๓:๑๐๐๐วันนอน	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐๐	MDR incidence	≤ ๓:๑๐๐๐	๐.๕๘ (๒ ราย)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>เวชระเบียน</b>			
๑๐๑	<b>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน(External Audit)</b>	ร้อยละ๘๐	๗๗.๙๔	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
	- ผู้ป่วยใน	ร้อยละ๘๐	๖๘.๗	ไม่ผ่านดำเนินการต่อ
	- ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ๘๐	รอฟผลการประเมิน	รอการประเมิน
๑๐๒	<b>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน(Internal Audit)</b>			
	- ผู้ป่วยใน	ร้อยละ๘๐	๗๗.๙๔	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	- ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ๘๐	๘๔.๒๒	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
	ระบบยา			
	<b>Medication error ผู้ป่วยนอก</b>			
๑๐๓	Medication error ผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ ๐.๑	0.7	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐๔	-pre-dispensing error	≤ ร้อยละ ๕	4.77	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐๕	-dispensing error	≤ ร้อยละ ๐.๑	0.2	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐๖	-administration error	≤ ร้อยละ ๑	0.03	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>Medication error ผู้ป่วยใน</b>			
๑๐๗	- Medication error ผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ ๐.๑	5.36	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐๘	-pre-dispensing error	≤ ร้อยละ ๕	25.58	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐๙	-dispensing error	≤ ร้อยละ ๐.๑	4.385	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๐	-administration error	≤ ร้อยละ ๑	5.7	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๑	<b>ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ</b>			
	- ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยนอก	๑	๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	- ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยใน	๐	๑	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>ตัวชี้วัดงานบริหารคลังเวชภัณฑ์</b>			
๑๑๒	รายการยาขาดคราว	ไม่เกิน ๒ รายการ/เดือน	๑	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๓	ร้อยละความถูกต้องของยาจากบัญชีคุมคลัง	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	<b>แล็บและเอ็กซเรย์</b>			
๑๑๔	อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	< ร้อยละ ๓	๑.๖๕	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๕	ร้อยละของความครอบคลุมการควบคุมคุณภาพภายนอก	ร้อยละ ๑๐๐	๗๐.๕๙	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๖	ร้อยละของความครอบคลุมการควบคุมคุณภาพภายใน	ร้อยละ ๑๐๐	๙๕.๕๙	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑๑๖		๐	๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๗	อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง	ร้อยละ ๒	๑.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ			
๑๑๘	ความสำเร็จในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ	>ร้อยละ ๗๕	๙๒๖	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑๙	ร้อยละของหน่วยบริการมีกิจกรรมด้านการควบคุมโรคฉับโรคผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน	ระดับดีเด่น	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๐	ร้อยละของผู้ป่วยโรค DM รายใหม่ (New Diabetes)	<หรือเท่ากับปีที่ผ่านมา(๑.๕๙)	๒.๐๙	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคHT รายใหม่ (New Hypertention)	<หรือเท่ากับปีที่ผ่านมา(๓.๕๘)	๐.๘๕	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	การดำเนินงานการทำงานกับชุมชน			
๑๒๒	ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๓	ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก(หมู่บ้าน)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๔	หมู่บ้านที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการค้นหาและจัดการปัญหาสุขภาพ(หมู่บ้าน)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๕	จำนวนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม(โครงการ)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐ (๘)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๖	หมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม(ยาเสพติด,ผู้สูงอายุ,วัดส่งเสริมสุขภาพ,หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค,ควบคุมโรคติดต่อ)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐(๗)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒๗	โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองทั้งหมด ๒ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐(๒)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	ด้านการเงิน			
๑๒๘	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current Ratio)	ค่าปกติ>๑.๕	๑.๒๔	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



## บันทึกการติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ๒๕๖๒

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๑	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-	๐	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ
๒	โครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอำเภอลับแล	๒,๐๑๓,๙๕๑.๐๐	๑๐๙๖๔๗๘.๓๔	๙๑๗,๔๗๒.๖๖	เงินบำรุงโรงพยาบาล กองทุนโรคเรื้อรัง	ต.ค.๖๑ - ก.ย. ๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ
๓	โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU สัญจร)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค.๖๑ - ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๔	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด (การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๕	โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๒๗,๕๐๐.๐๐	๒๗,๕๐๐.๐๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๗	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๘	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๙	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหลัก (Sepsis)	๕,๗๖๔.๐๐	๕,๗๖๔.๐๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๖	ผ่านเกณฑ์ประเมิน



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ที่ อต. ๐๓๒.๓๐๗.๐๙/๐๗

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการ โรงพยาบาลลับแล ประจำปี

งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๙ เดือน และการกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ขึ้นประกาศบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

โรงพยาบาลลับแล จะเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ปี ๒๕๖๒ ซึ่งใน EB๑๒ มีการประเมินดัชนีความพร้อมรับผิด โดยให้หน่วยงานแสดงหลักฐานผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยให้ผู้บังคับบัญชารับทราบและสั่งการหรืออนุมัติให้นำรายงานไปเผยแพร่เว็บไซต์หรือช่องทางอื่น

### ข้อพิจารณา

กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ได้รายงานผลและสรุปผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลลับแล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๙ เดือน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

๑ ผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ๙๖ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๙๑ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ ไม่ผ่านเกณฑ์ ๕ ตัวชี้วัด คิดเป็น ร้อยละ ๕.๒

๒ ผลการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพ ๑๓๒ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๘๐ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๖๐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ๓๕ ตัวชี้วัด คิดเป็น ร้อยละ ๒๖.๕๐ อยู่ระหว่างดำเนินการ ๑๗ ตัวชี้วัด คิดเป็น ร้อยละ ๑๒.๙๐ ให้ท่านทราบและขออนุมัตินำขึ้นประกาศบนเว็บไซต์ เพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบต่อไป

๓. การกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๙ เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

(นายธวัชชัย นาคสนอง)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ทราบ/ อนุมัติ

(นายกิตติพงษ์ อุบลสะอาด)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๑๐	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๑	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต (พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยล้างท้อง)	๔,๘๐๐.๐๐	๐	๔,๘๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยกเลิก
๑๒	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๓	โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๙๓,๕๐๐.๐๐	๙๓,๕๐๐.๐๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๔	โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ไม่ผ่านรอบประเมินซ้ำ
๑๕	โครงการพัฒนาระบบบริการ COPD & Asthma	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๖	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข	๕,๐๐๐.๐๐	๐	๕,๐๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๗๑	ยังไม่ได้ดำเนินการ
๑๗	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข (โรงพยาบาลคุณธรรม)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๘	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๑๐๐๐ วันมหัศจรรย์แห่งชีวิต	๕๓,๒๐๐.๐๐	๐	๕๓,๒๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยังไม่ได้ดำเนินการ

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๑๙	โครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อำเภอลับแล	๑๐๗,๗๖๐.๐๐	-	๑๐๗,๗๖๐.๐๐	PP ระดับอำเภอ	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยังไม่ได้ดำเนินการ
๒๐	โครงการส่งเสริมพัฒนาเด็กและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม คปสอ.ลับแล ปี ๒๕๖๒	๕๐,๐๐๐.๐๐	-	๕๐,๐๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยังไม่ได้ดำเนินการ
๒๑	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๒	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๒	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๓	โครงการควบคุมโรคติดต่อ -กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก -ใช้เลือดออก	ไม่มีงบประมาณ	๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๔	พัฒนาคุณภาพระบบป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๑๐๖,๖๔๐.๐๐	๐	๑๐๖,๖๔๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยกเลิก
๒๕	โครงการอบรมอาสาสุขภาพชุมชนของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ ๔ อ.ลับแล	๑,๔๐๐.๐๐	๐	๑,๔๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยังไม่ได้ดำเนินการ
๒๖	โครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	๑๑,๙๙๐.๐๐	๐	๑๑,๙๙๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๒๗	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เดือนภัยเฝ้าระวัง และรับเรื่องร้องเรียน ปัญหาความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพในชุมชน เพื่อการใช้อย่างสม เหตุผลปีงบประมาณ ๒๕๖๒	๘๘,๓๐๘.๐๐	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ ก.ย.๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ
๒๘	โครงการบริหารจัดการขยะและ สิ่งแวดล้อม	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ ก.ย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๙	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๐๖,๖๔๐.๐๐	-	๑๐๖,๖๔๑.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค.๖๑ - ก.ย. ๖๒	ยกเลิกโครงการ
๓๐	โครงการประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใส (พัฒนาระบบบริหารจัดการคลัง เวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพด้วยธรรมาภิ บาล)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ ก.ย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๓๑	โครงการพัฒนิกยภาพบุคลากรเพื่อ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเครือข่าย หน่วยบริการและข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์	๓๕,๓๕๐.๐๐	๓๐,๓๕๐	๕,๐๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ ก.ย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน (คืนเงิน จำนวน ๕๐๐๐ บาท)
๓๒	แผนการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลังอย่างมี ประสิทธิภาพ คปสอ.ลับแล ประจำปี	๒๑,๐๒๕.๐๐	๐	๒๑,๐๒๕.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ ก.ย.๖๒	ยกเลิกโครงการ
๓๓	โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล บันไดขั้นที่ ๓ สูการ Re- accreditation	๑๔๙,๖๖๐.๐๐	๓๐,๓๕๐	๑๑๙,๓๑๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค.๖๑ - ก.ย. ๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ



ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่ เบิกจ่าย	งบประมาณ คงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๓๔	โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง	ไม่มีงบประมาณ	๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค.๖๑ - ก.ย. ๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ
๓๕	โครงการพัฒนาระบบการให้บริการเชิง รุกในกลุ่มประชากรหลักอำเภอลับแล	๑๓,๐๐๐.๐๐	๑๓,๐๐๐.๐๐	-	สปสข.	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน

 ผู้รายงาน

(นางสาวนันทน์ภัส คงนุ่น)  
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่าน

เว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการ

บริหารส่วนภูมิภาค

โรงพยาบาลลับแล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๒

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลลับแล

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค  
โรงพยาบาลลับแล

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลลับแล

วัน/เดือน/ปี...๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๒

หัวข้อ ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการและโครงการโรงพยาบาลลับแลประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
รอบ ๑๑ เดือน และการกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน.

รายละเอียดข้อมูล(โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. บันทึกข้อความรับทราบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการและโครงการ  
โรงพยาบาลลับแล ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน และการกำกับติดตามผลงานโครงการตาม  
แผนงาน ขึ้นประกาศ บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน.

๒. การกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒  
รอบ ๑๑ เดือน.....

๓. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการและโครงการโรงพยาบาลลับแล ประจำปี  
งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน.....

หมายเหตุ

ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง

(*[Signature]*)

(*[Signature]*)  
(นายกิตติพงษ์ อุบลสะอาด)

ตำแหน่ง *[Signature]*

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

วันที่ 30 เดือน ๙ พ.ศ. ๖๒

วันที่ ๓๐ เดือน ๙ พ.ศ. ๒๕๖๒

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(..นายประกาศิต พิลา...)

ตำแหน่ง..นักวิชาการคอมพิวเตอร์.....

วันที่ 30 เดือน ๙ พ.ศ. ๒๕๖๒



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ที่ อต. ๐๓๒.๓๐๗.๐๙/๑๑

วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการ โรงพยาบาลลับแล ประจำปี

งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน และการกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ขึ้นประกาศบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

โรงพยาบาลลับแล จะเตรียมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA)ปี ๒๕๖๒ ซึ่งใน EB๑๒ มีการประเมินดัชนีความพร้อมรับผิด โดยให้หน่วยงานแสดงหลักฐานผลการดำเนินงานโครงการปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยให้ผู้บังคับบัญชารับทราบและสั่งการหรืออนุมัติให้นำรายงานไปเผยแพร่เว็บไซต์หรือช่องทางอื่น

### ข้อพิจารณา

กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ได้รายงานผลและสรุปผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลลับแล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

๑ ผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ ๙๖ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๘๘ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๖ ไม่ผ่านเกณฑ์ ๘ ตัวชี้วัด คิดเป็น ร้อยละ ๘.๓๔

๒. การกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน จำนวน ๓๓ โครงการ ดำเนินการเรียบร้อยแล้วจำนวน ๒๖ โครงการ อยู่ระหว่างการประเมินผล ๒ โครงการ ยกเลิกโครงการ ๕ โครงการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

๒ ๓

(นายรัชชัย นาคสนอง)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ทราบ/ อนุมัติ

๓

(นายกิตติพงศ์ อุบลสะอาด)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

**EB 12 หน่วยงานมีการเผยแพร่การกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี**
 มีการดำเนินการดังนี้

1) ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ไตรและตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ ตามรายไตรมาส เอกสาร/หลักฐาน คือ

1	บันทึกข้อความรับทราบ การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและโครงการ โรงพยาบาลลábแล ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน และการกำกับติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน
2.	บันทึกการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และโครงการประจำปี ๒๕๖๒
3.	บันทึกการรายงานผลการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการและโครงการ โรงพยาบาลลábแล ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๑๑ เดือน

เอกสาร/หลักฐานการเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ คือ

1.	บันทึกการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานส่วนภูมิภาคโรงพยาบาลลábแล
2	Print screen จาก Web site <a href="http://uto.moph.go.th/lablae/webeb9.php">http://uto.moph.go.th/lablae/webeb9.php</a>
3.	ประกาศโรงพยาบาลลábแล แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

 ไม่มีการดำเนินการ

เนื่องจาก

เอกสาร/หลักฐาน คือ

1.	
2.	



ประกาศโรงพยาบาลลับแล  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา ๗ มาตรา

๙ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของราชการไว้ให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ และต้องดำเนินงานตามมาตรฐานเว็บไซต์ภาครัฐ (Government Website Standard) เพื่อให้บริการตามภารกิจและอำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกมีความถูกต้องชัดเจนครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

โรงพยาบาลลับแล จึงกำหนดแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานสำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลลับแล ดังต่อไปนี้

๑. ให้หน่วยงานในสังกัดเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลหน่วยงาน ประกอบด้วย ประวัติความเป็นมา วิสัยทัศน์ พันธกิจ โครงสร้างของหน่วยงาน ทำเนียบผู้บริหาร อำนาจหน้าที่ ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติราชการ แผนงาน โครงการ และงบประมาณ รายงานประจำปี คำรับรอง รายงานผลการปฏิบัติราชการ รายละเอียดช่องทางติดต่อสื่อสาร หมายเลขโทรศัพย์ หมายเลขโทรสาร แผนที่ตั้งของหน่วยงาน ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (email address)

๑.๒ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน โดยแสดงที่มาของข้อมูลอย่างชัดเจน

๑.๓ คลังความรู้ เช่น ข่าวสารความรู้สุขภาพในรูปแบบสื่อมัลติมีเดีย บทความ ผลงานวิจัย ข้อมูลสถิติต่างๆโดยอ้างอิงถึงแหล่งที่มา และวัน เวลา กำกับ เพื่อประโยชน์ในการค้นหาข้อมูลไปใช้ต่อ(ถ้ามี)

๑.๔ รายชื่อเว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานในสังกัด หน่วยงานสังกัดเดียวกัน หน่วยงานภายนอก หรือเว็บไซต์อื่นๆที่น่าสนใจ

๑.๕ ข้อมูลข่าวสารที่จัดไว้ให้ประชาชนตรวจดูได้ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ ตามมาตรา ๗ มาตรา ๙ และข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการกำหนดตามมาตรา ๙ (๘) และมาตรฐานเว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐของสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์

๑.๖ คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงานตามภารกิจของหน่วยงานโดยแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานพร้อมอธิบายขั้นตอนปฏิบัติงาน ระบุระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติงานนั้นๆโดยจัดทำเป็นรูปแบบ “คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงาน” และสามารถดาวน์โหลดคู่มือมาตรฐานของหน่วยงาน

๑.๗ คู่มือสำหรับประชาชน ข้อมูลการบริการตามภารกิจของหน่วยงาน โดยแสดงขั้นตอนการให้บริการต่างๆแก่ประชาชน พร้อมอธิบายขั้นตอนบริการอย่างชัดเจน

๑.๘ ข่าวประชาสัมพันธ์ ข่าวสารทั่วไป ภาพข่าวกิจกรรม เรื่องแจ้งเดือนรวมถึงข่าวประกาศของหน่วยงาน เช่น ประกาศรับสมัครงาน ประกาศจัดซื้อจัดจ้าง ผลการจัดซื้อจัดจ้าง

๑.๙ ระบบงานให้บริการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นระบบงานตามภารกิจหน่วยงานที่จัดทำ เป็นระบบงานคอมพิวเตอร์ให้บริการผ่านหน้าเว็บไซต์ในลักษณะสื่อสารสองทาง (ถ้ามี)

๑.๑๐ แสดงสถิติการเข้าใช้บริการเว็บไซต์ แสดงระดับความพึงพอใจ และมีระบบประเมินความ พึงพอใจที่มีต่อเว็บไซต์ของหน่วยงาน

๒. ขั้นตอนการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ให้ดำเนินการดังนี้

๒.๑ หัวหน้าหน่วยงาน แต่งตั้งหรือมอบหมายกลุ่ม/ฝ่ายหรือคณะทำงานหรือเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานบริหารจัดการเว็บไซต์ของหน่วยงาน

๒.๒ การนำเข้าข้อมูลข่าวสาร ต้องเป็นข้อมูลปัจจุบัน ถูกต้องและครบถ้วน ระบุแหล่งที่มาหรือ เจ้าของข้อมูล ช่วงวันที่ของข้อมูลข่าวสาร วันที่เผยแพร่ ประเภท(นามสกุล)ไฟล์ ขนาดไฟล์โดยมีลำดับการปฏิบัติ อย่างน้อยดังนี้

๒.๒.๑ เจ้าหน้าที่เสนอข้อมูลข่าวสารที่ประสงค์จะนำขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ให้หัวหน้า กลุ่มงานที่รับผิดชอบดูแลเว็บไซต์พิจารณาอนุญาต ด้วยแบบฟอร์มการขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ หน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลลับแล กรณีเร่งด่วนอนุมัติให้ใช้ทางวาจาได้

๒.๒.๒ กรณีอนุญาต หัวหน้ากลุ่มงานมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบซึ่งได้รับสิทธิ์เข้าสู่ระบบบริหารจัดการ ดำเนินการนำข้อมูลข่าวสารขึ้นเว็บไซต์ในหมวดหมู่ที่ถูกต้อง และประสานงานแจ้งกลับไปยัง เจ้าของข้อมูลข่าวสารนั้น

๒.๒.๓ กรณีไม่อนุญาต หัวหน้ากลุ่มงานมอบหมายเจ้าหน้าที่ประสานแจ้งกลับไปยัง เจ้าของข้อมูลข่าวสารนั้นพร้อมชี้แจงเหตุผลเช่น ไม่ตรงหรือเกี่ยวข้องกับภารกิจของหน่วยงาน ไม่ถูกต้องตาม รูปแบบไฟล์อนุญาต

๓. กลไกการตรวจสอบ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

๓.๑ หน่วยงานต้องกำหนดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลบริหารจัดการเว็บไซต์ อย่างน้อย ๒ คน เพื่อทำงานทดแทนกันได้

๓.๒ เจ้าหน้าที่เว็บไซต์ มีหน้าที่ตรวจสอบความเป็นปัจจุบันของข้อมูลทุกรายการที่เผยแพร่บน เว็บไซต์ของหน่วยงาน หากพบว่าครบระยะเวลาการเผยแพร่ให้นำรายการนั้นลงจากเว็บไซต์

๓.๓ เจ้าหน้าที่เว็บไซต์ มีหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของรายการข้อมูลข่าวสารตามมาตรฐาน เว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐ ของสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์(องค์การมหาชน) และตามพระราชบัญญัติข้อมูล ข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ ตามมาตร ๗ มาตรา๙ และข้อมูลข่าวสารอื่นที่คณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร ของทางราชการกำหนด

๓.๔ เจ้าหน้าที่เว็บไซต์ มีหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับ คอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๖๐ อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายและลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหายแก่ ทางราชการ

๓.๕ ให้หน่วยงานส่งเสริมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการบริหารจัดการเว็บไซต์ การรักษาความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งการฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

ทั้งนี้ ให้หน่วยงานนำประกาศโรงพยาบาลลับแล เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายกิตติพงษ์ อุบลสะอาด)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

**บันทึกการติดตามผลงานโครงการตามแผนปฏิบัติการ  
โรงพยาบาลลับแล**

**ประจำปีงบประมาณ 2562 (รอบ 11 เดือน)**



บันทึกการติดตามผลงานโครงการตามแผนงาน ๒๕๖๒

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๑	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-	๐	ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์
๒	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๐๖,๖๔๐.๐๐	๑๐๖๖๔๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑ - ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์
๓	โครงการพัฒนาศักยภาพศูนย์แจ้งเตือนภัยเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนปัญหาความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (RDU สัญจร)	๘๘,๓๐๘.๐๐	๐	๘๘,๓๐๘.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑ - ก.ย. ๖๒	อยู่ระหว่างดำเนินการ (รอการประเมินผล)
๔	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด (การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์
๕	โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๒๗,๕๐๐.๐๐	๒๗๕๐๐	-		ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๗	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๘	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๙	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (Sepsis)	๕,๗๖๔.๐๐	๕๗๖๔	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๖	ผ่านเกณฑ์ประเมิน

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๑๐	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๑	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต (พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยล้างท้อง)	๔,๘๐๐.๐๐	๐	๔,๘๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยกเลิก
๑๒	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุวิทยา	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๓	โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๙๓,๕๐๐.๐๐	๙๓,๕๐๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๔	โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ไม่ผ่านรอประเมินซ้ำ
๑๕	โครงการพัฒนาระบบบริการ COPD & Asthma	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๖	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข	๕,๐๐๐.๐๐	๐	๓,๘๗๕.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์
๑๗	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข (โรงพยาบาลคุณธรรม)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๑๘	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๑๐๐๐ วันมหัตถ์จรรยาแห่งชีวิต	๕๓,๒๐๐.๐๐	๐	๕๓,๒๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยกเลิก

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๑๙	โครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อำเภอลับแล	๑๐๗,๗๖๐.๐๐	-	๑๐๗,๗๖๐.๐๐	PP ระดับอำเภอ	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยกเลิก
๑๙	โครงการส่งเสริมพัฒนาเด็กและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม คปสอ.ลับแล ปี ๒๕๖๒	๕๐,๐๐๐.๐๐	-	๕๐,๐๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ยกเลิก
๒๐	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๑	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๒	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๓	โครงการควบคุมโรคติดต่อ -กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก -ใช้เลือดออก	ไม่มีงบประมาณ	๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๔	โครงการอบรมอาสาสุขภาพชุมชนของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ ๔ อ.ลับแล	๑,๕๐๐.๐๐	๑๗๕๐	- ๓๕๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๕	โครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	๑๑,๙๙๐.๐๐	๑๑๙๙๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๖	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๗	โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค ๖๑-๓๐ กย.๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน

ลำดับ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ	งบประมาณที่เบิกจ่าย	งบประมาณคงเหลือ	แหล่งงบประมาณ	ระยะเวลาดำเนินการ	สถานะปัจจุบันโครงการ
๒๘	โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (พัฒนาระบบบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพด้วยธรรมาภิบาล)	ไม่มีงบประมาณ	๐	-		ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน
๒๙	โครงการพัฒนากายภาพบุคลากรเพื่อการพัฒนากระบวนการข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการและข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์	๓๕,๓๕๐.๐๐	๓๐๓๕๐	๕,๐๐๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน (คืนเงิน จำนวน ๕๐๐๐ บาท)
๓๐	แผนการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ คปสอ.ลับแล ประจำปี ๒๕๖๒	๒๑,๐๒๕.๐๐	๐	๒๑,๐๒๕.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑-๓๐ ก.ย. ๖๒	ยกเลิกโครงการ
๓๑	โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบันไดขั้นที่ ๓ สู่การ Re- accreditation	๑๔๙,๖๖๐.๐๐	๖๕๙๑๐	๘๓,๗๕๐.๐๐	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑ - ก.ย. ๖๓	อยู่ระหว่างดำเนินการ
๓๒	โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง		๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑ - ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์
๓๓	โครงการพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลักอำเภอลับแล	๑๓,๐๐๐.๐๐	๑๓,๐๐๐.๐๐	-	เงินบำรุงโรงพยาบาล	ต.ค. ๖๑ - ก.ย. ๖๒	ผ่านเกณฑ์ประเมิน



ผู้รายงาน

(นางสาวนันทน์ภัส คงนุ่น)

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการและโครงการ  
โรงพยาบาลลับแล

ประจำปีงบประมาณ 2562 (รอบ 11 เดือน)

## รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และเกณฑ์คุณภาพ ๑ตค.-๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ ๑. แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)					
ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)	๑. ครอบคลุมที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (PCC)	๒ แห่ง	๒ แห่ง	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ ๑. แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (๑๕ โครงการ ๓๖ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	> ร้อยละ ๕๐	๓๘.๖๙%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	> ร้อยละ ๘๕	๘๕.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. อัตราผู้ป่วยใหม่เบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	< ร้อยละ ๒.๐๕	(๒/๓๐๔) ๐.๖๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	< ร้อยละ ๕	๓.๒๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงฯ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	> ร้อยละ ๓๐	๓๕.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
		๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า	>ร้อยละ ๘๐	ตา ๓๕ % ไต ๗๔.๖๖ % เท้า ๓๖.๓๙ %	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
		๗.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke)	< ร้อยละ ๕	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)	ร้อยละ ๒๕	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗.๓ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;1๖๐-1๖๙) การรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ ๗	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (1๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	> ร้อยละ ๔๐	๔๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU สัญจร)	๑.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ผ่านเกณฑ์ขั้น ๒	ขั้น ๒	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



ลำดับ	ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๓	๓.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด (การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด)	๑. อัตราตายทารกแรกเกิด : ๑๐๐๐ ปชก.	<๓.๘ : แसन ปชก.	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.) Birth Asphyxia	เท่ากับ ๐	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ห้องคลอดผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔	๔.โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๑.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๔๐	๔๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	๕. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	๑.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ ๒๐	๑๔.๓๙%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๖	๖.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๖๓	๖๕.๘๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	<น้อยกว่าร้อยละ ๖.๓ : แसन ปชก.	๑๗.๖๑ : แसनปชก.	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๗	๗ โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	บำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission)	ร้อยละ ๒๐	๒๐.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)	ร้อยละ ๒๐	๒๐.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
		๓. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสฟที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสฟต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน	> ร้อยละ ๙๒	๙๓.๕๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๘	๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (Sepsis)	๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired	< ร้อยละ ๓๐	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๙	๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๑. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ในเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๕๐	๕๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๑. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ER)	< ร้อยละ ๒	๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๐	๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๑. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งเต้านม	> ร้อยละ ๗๐	๗๕.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	> ร้อยละ ๙๐	๙๑.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑ และ ๒	> ร้อยละ ๗๐	ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มอายุ ๕๐-๗๐ ปี	ร้อยละ ๑๐๐	๙๖.๒๙%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๑	๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๒. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการดูแลของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	> ร้อยละ ๖๖	๕๘.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๒	๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๑. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๕	๙๑.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ	
๑๓	๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๑. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care	ร้อยละ ๕๐	อยู่ระหว่างดำเนินงานจัดตั้งคลินิก	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๔	๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery	๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับบริการแบบ One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐	อยู่ระหว่างดำเนินงานจัดตั้งคลินิก	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๑๕	โครงการพัฒนาระบบบริการ COPD & Asthma	๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	< ร้อยละ ๒.๕	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑๓๐ ครั้ง : ๑๐๐ ผู้ป่วย ๑๐๐ คน	๑๑๓.๓ (๑๕คน/๑๗ ครั้ง)	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ ๑. แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ(๑ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ	
๑	๑.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณ	๑.ความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M๑ (ทั้ง ER และ Admit)	< ร้อยละ ๑	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๒๒	๒๕.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



Excellence)					
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
โครงการ		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ	๑. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข (โรงพยาบาลคุณธรรม)	๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุข ของพนักงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐	๙๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)	ร้อยละ ๘๐	๙๔.๓๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.) ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ	ร้อยละ ๗๐	๙๐.๐๗%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๓	๓. โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ	๑. ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๕๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓		พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน (Prevention & Promotion Excellence)			
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (๕ โครงการ๒๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๑๐๐๐ วัน มหัศจรรย์แห่งชีวิต	๑.สถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
		๒.อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	< ๑๕ : แสนปก.	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	ร้อยละ ๕๗	๗๑.๘๗%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔.เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่าง เดียว	> ร้อยละ ๕๐	๕๘.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	< ร้อยละ ๗	๔.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.การการดูแลขณะตั้งครรภ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ภายใน ๑๒ สัปดาห์	> ร้อยละ ๖๐	๘๔.๒๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒ ระดับความสำเร็จของ พัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ มาตรฐาน	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๐	๙๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ ๒๐	๒๔.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA๔1	ร้อยละ ๖๐	๖๘.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔.เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ ๙๐	๙๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๓	๓.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑.ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๙๐	๙๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๖๘	๘๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	<๓๘: ปชก.	๒๑๗.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ	>ร้อยละ ๖๐	๖๔.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.อัตราการตกเลือดหลังคลอด	เท่ากับ ๐	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔	๔.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑.ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	> ร้อยละ ๖๕	๖๘.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ ๙๐	๙๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๙๐	๙๑.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	๕.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๔.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.ร้อยละของ Healthy Aging	≥ ร้อยละ ๑	๑.๓๘%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓					
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
	๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๑) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ ๓					
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (๕ โครงการ ๑๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
๑	๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑.ผ่านเกณฑ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ -กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก -ใช้เลือดออก	๒.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๕	๘๕.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	ร้อยละ ๘๖	๑๙๑.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.อัตราป่วยด้วยโรคใช้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน	ร้อยละ ๑๐	๓.๒๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๔. อัตราป่วยตายด้วยโรคใช้เลือดออกไม่เกิน	ร้อยละ ๐.๑๐	๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๕.อัตราป่วยโรคใช้เลือดออก	< ๕๐: แส่นปก.	๙๐๔.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๓	๓. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๖. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	เท่ากับ ๐	เท่ากับ ๐	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๗. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	<๒๓.๒: แส่นปชก.	๑๐: แส่น ปชก.	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๔	๔. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๑. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์อาหารผ่านเกณฑ์ CFGT	ร้อยละ ๙๐	๙๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๕	๕. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละของตลาดนัดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ	ระดับดี	ระดับดี	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓. ความครอบคลุมของร้านชำมาตรฐาน	> ร้อยละ ๘๐	๘๐.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง



ยุทธศาสตร์ที่ ๓ แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
๑	๑.โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	๑.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ผ่านเกณฑ์สถานที่ทำงานน่าอยู่ HWP	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการและการใช้สารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ ทุกประเภทในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน(Governance Excellence)					
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (๒ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	๑.สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๑๐๐	๗๖.๐๐%	ไม่ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	> ร้อยละ ๘๐	๘๖.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๓.ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ	ร้อยละ ๘๐	๙๓.๘๕%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
๒	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๒.ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ธรรมรงค์ ชั้น ๓	ธรรมรงค์ ชั้น ๓	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๑.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	ร้อยละ ๑๐๐	ธรรมรงค์ ชั้น ๓	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)					
ลำดับ	โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	สถานะความสำเร็จ
๑	๑. โครงการพัฒนาศูนย์ข้อมูลการพัฒนาระบบบุคลากรเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการและข้อมูลสารสนเทศ	๑. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ ๙๐	๙๒.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
		๒. ร้อยละการครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ	ร้อยละ ๙๐	๙๗.๐๐%	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
	๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง	๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ ๔	ระดับ ๑	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ แผนงานที่ ๔ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์					
๑	๑. โครงการพัฒนางานวิจัย	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R หรือ CQI ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	๘ เรื่อง	๙ เรื่อง	ผ่านดำเนินการต่อเนื่อง

รวม	๙๖	ตัวชี้วัด
ผ่านเกณฑ์	๘๘	ตัวชี้วัด คิดเป็น ๙๑.๖๖ %
ยังไม่ผ่าน	๘	ตัวชี้วัด (ดำเนินการต่อเนื่อง) คิดเป็น ๘.๓๔ %

.....ผู้รายงาน  
(นางสาวนันท์นภัส คงนุ่น)  
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

.....ผู้รับรองผลงาน  
(นายรัชชัย นาคสนอง)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

.....ผู้อนุมัติ  
(นายกิตติพงศ์ อุบลสะอาด)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล