|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : ๑.ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางพัชรา ผิวขาว | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :**นางชุลีลักษณ์ หนูเสน | |
| **โทรศัพท์:** | **โทรศัพท์มือถือ :** | |
| **คำอธิบาย :**  **ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ** หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจมีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน มีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการบดรายจ่ายเพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเอง และรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในด้านการพัฒนาเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDS) ผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน  **มาตรฐานที่กำหนด** หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ๕ ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ตำบลจัดการสุขภาพแบบ  **บู**รณาการ |  |  |  |  |  | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. ตำบลมีฐานข้อมูลสุขภาพบุคคลในพื้นที่  2. DHS มีความพร้อม | 1. ตำบลต้นแบบดูแลLTC อย่างน้อย  ตำบล | - ตำบลต้นแบบดูแล LTC สามารถขยายผลสู่ตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการได้อย่างน้อย ตำบล | 1. มีBest Practiceของตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | - จำนวนตำบลเป้าหมาย(ตำบล) |  |  | - | - | | - ตำบลจัดการสุขภาพแบบ**บู**รณาการ |  | อยู่ระหว่างดำเนินการ | | | | - ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ |  | - | - | - | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**(ผลงาน 3 เดือนเป็นไปตามขั้นตอนการประเมิน)  1. แต่งตั้งคณะทำงานการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ  2. กำหนดเป้าหมายพื้นที่ดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ (LTC)  3. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ (LTC)  4. แต่ละพื้นที่จัดทำแผนตำบลโดยใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพของตำบลประกอบการจัดทำแผน  5. แต่ละจังหวัดติดตามควบคุมกำกับ | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1. นโยบายสำคัญ ชัดเจน  2. ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  - ไม่มี | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  - ไม่มี | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  1. คำสั่งคณะทำงาน  2. สรุปรายงานการประชุม  3. แผนตำบล | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 1.1ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน**  **ไม่เกินร้อยละ15 ของประชากรผู้สูงอายุ** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอัมรา ธำรงทรัพย์** | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :นางปิยมณฑ์ พฤกษชาติ** | |
| **โทรศัพท์:09 8096 9225** | **โทรศัพท์มือถือ :08 1061 6560** | |
| **คำอธิบาย**  **ผู้สูงอายุ**หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย  **ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน**หมายถึงผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและประเมินสุขภาพ มีค่าคะแนน ADL ๐ – ๑๑ คะแนน ซึ่งหมายถึงกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง (Partial Dependent) และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Dependent) ซึ่งได้จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง3ด้านได้แก่ (1) คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (2) คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes (3) การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล (ADL)  **การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**หมายถึงการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุรายละเอียดการคัดกรอง/ประเมินเป็นไปตามแนวทาง “**คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**” กระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยประเด็น  – คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ  - คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes  - ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล (คัดกรองการดำเนินกิจวัตรประจำวัน : ADL)  **กลุ่มเป้าหมาย** ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL ๐ – ๑๑ คะแนน | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**  ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่เกินร้อยละ15 ของประชากรผู้สูงอายุ   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่เกินร้อยละ15 ของประชากรผู้สูงอายุ | - | ๘.๓๒ | ๗.๕๘ | ๘.๓๒ | ๗.๕๘ | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ≥๑๙ | ๑๘ | ๑๗ | ๑๖ | ≤ ๑๕ | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด /**  **ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนนที่ได้** | **ค่าคะแนน**  **ถ่วงน้ำหนัก** | | ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่เกินร้อยละ15 ของประชากรผู้สูงอายุ |  | ๖.๘๘ |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรฐานที่ได้ดำเนินการ**  1. คณะทำงานนิเทศ ติดตาม กำกับประเมินผล นิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ แผนการนิเทศที่ชัดเจน  2.นโยบายกระทรวง/ เขตตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ชัดเจน  3.การถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับจังหวัดถึงระดับอำเภอ ตำบล บุคคล และมีการประเมินผลในทุกระดับ | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการ :**  **การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาคีเครือข่าย**  1.คณะทำงานนิเทศ ติดตาม กำกับประเมินผล นิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานฯ แผนการนิเทศที่ชัดเจน  2.นโยบายของกระทรวง/เขตตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ชัดเจน  3.การถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับจังหวัดถึงระดับอำเภอ ตำบล บุคคล และมีการประเมินผลในทุกระดับ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**  ๑.บุคลากรขาดความรู้ในการตรวจประเมินคัดกรอง  ๒. ขาดคู่มือ เครื่องมือ ในการคัดกรอง  ๓. ยังไม่มีโปรแกรมรองรับการจัดทำฐานข้อมูล | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  - ไม่มี - | | |
| **หลักฐานอ้างอิง : งานผู้สูงอายุ**  1. รายงานผลการดำเนินงานจาก รพสต. รพช. สสอ.  2 .แผนการนิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2559  3. สรุปผลการนิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผลการปฏิบัติราชการ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2559 รอบที่ 1 | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 2. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นพ.ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์:**08-1873-7922 | **โทรศัพท์มือถือ :**08-4600-5565 | |
| **คำอธิบาย : อุบัติเหตุทางถนน** (รหัส ICD-10-TM = V 01-V 89 ) หมายถึงการตายจากอุบัติเหตุ จราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำ และทางอากาศ  **ผู้เสียชีวิต** หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุ ถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (refer) กรณี admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ ทั้งนี้ให้นับข้อมูล รวมทุกกลุ่มอายุ  **เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน** (ปี 2554-2563) คือลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 3 ปี (ปี 2554-2556) แนวโน้มยังคงตัว มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 7 ปีเท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดลงให้ได้ร้อยละ 50 ภายใน 7 ปี ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7-8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษ หรือคิดเป็นลดลงร้อยละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นตัวตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมายดังตาราง   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ปี54 | ปี55 | ปี56 | ปี57 | ปี58 | ปี59 | ปี60 | ปี61 | ปี62 | ปี63 | | 22 | 22 | 22 | 20 | 18 | 16 | 14 | 13 | 12 | 11 |   **เกณฑ์เป้าหมาย : ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ 2559** | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร | 22.89 | 19.96 | 17.81 |  |  |   ที่มา:สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | | |
| **เกณฑ์การประเมิน:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1. บูรณาการข้อมูล 3 ฐาน  2. จังหวัดมีการแก้ไขจุดเสี่ยง 5 จุด/ไตรมาส  3. การบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ตั้งด่านชุมชนลดลงในช่วงเทศกาลปีใหม่ (20 อำเภอเสี่ยง) | 1. จัดตั้งEmergency& Trauma Admin Unit ใน รพ.ระดับ A/S/M1 ไม่น้อยกว่า 50%  2. การบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ตั้งด่านชุมชนลดลงในช่วงเทศกาลปีใหม่ (20 อำเภอเสี่ยง) | 1. อัตราการสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 80%  2. อุบัติเหตุรถพยาบาลลดลง | 1. จัดตั้งEmergency& Trauma Admin Unit ใน รพ.ระดับ A/S/M1 ไม่น้อยกว่า 100%  2. อัตราตายลดลงไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร |   **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ≥18 | ≥17.5 | ≥17 | >16 | ≤16 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน  (ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร) |  | **4.83**  (**64 ราย**) |  |  |   **หมายเหตุ** ข้อมูลเดือน ต.ค.-ธ.ค.2558;ประชากรกลางปี พ.ศ.2558 =1,324,126คน | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** (ผลงาน 3 เดือนเป็นไปตามขั้นตอนการประเมิน)  สำนักงานสาธารณสุขขังหวัดร้อยเอ็ดได้กำหนดมาตรการในการป้องกันและการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้  1. พัฒนาระบบข้อมูล 3 ฐานซึ่งแต่ละจังหวัดได้มีการประชุมคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนน เพื่อบูรณาการทุกภาคส่วนวิเคราะห์จุดเสี่ยงและหาแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งบูรณาการข้อมูล 3 ฐานในช่วงเทศกาล ปีใหม่ 2559  2. เร่งรัดการแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง วิเคราะห์สาเหตุและเลือกวิธีที่เหมาะสมโดยภาคีเครือข่ายได้มีการจัดลำดับจุดเสี่ยงเป้าหมาย จำนวน 20 จุด ซึ่งได้มีการเร่งรัดหากระบวนการแก้ไขจุดเสี่ยง จำนวน 16 จุดโดยภาคเครือข่าย  3. การสอบสวนเชิงลึกโดยสหสาขารายงานผล เรื่อง  4. จัดตั้งศูนย์ EOC ณ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1 ศูนย์เมื่อวันที่5พฤศจิกายน 2558 | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1.ผู้ว่าราชการจังหวัดมีนโยบายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนที่ชัดเจน และบรรจุเป็นนโยบาย 1 ใน 5 ของจังหวัด  2.กระทรวงสาธารณสุข มีมาตรการด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนและประกาศกระทรวงสาธารณสุขลงวันที่ 23 มีนาคม 2558  3.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กำหนดมาตรการด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนเป็นนโยบายสำคัญและมีการบันทึกความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  1.การเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย  2.จำนวนผู้ใช้รถใช้ถนนและจำนวนยานพาหนะมีมากขึ้น  3.จุดเสี่ยงบางจุด ต้องใช้ระยะเวลาและงบประมาณจำนวนมากในการแก้ไข | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  1.เสนอให้มีการประชุม ศปถ.ทั้งระดับอำเภอและจังหวัดให้สม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดปี  2.ประสานความร่วมมือกับผู้บังคับใช้กฎหมายให้เข้มงวด  3.สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดซื้อเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์ให้ด่านตรวจ/จุดสกัดทุกแห่ง  4.เก็บข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทุกรายในจุดเสี่ยงเพื่อนำเสนอใน ศปถ.เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญ | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  1.ข้อมูลจากโปรแกรม IS  2.รายงานผลการปฏิบัติงานระดับหน่วยบริการ  3.ข้อมูลบริษัทกลาง  4.ข้อมูล สนย.  5. รายงานข้อมูลการบาดเจ็บตายจาก 19 สาเหตุ | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 4. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง( สาขาหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด )** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นพ.ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์:**08-1873-7922 | **โทรศัพท์มือถือ :**08-4600-5565 | |
| **คำอธิบาย : การส่งต่อ** หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา ( สาขาโรคหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด )เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพ เช่นกรณีขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการวินิจฉัยรักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ  **การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ** หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา ( สาขาโรคหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด ) ไปสถานบริการที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง และบันทึกความเข้าใจข้อตกลง ( MOU )ที่ได้ทำไว้นอกเขตสุขภาพ  **เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา** | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละ** | | | 2557 | 2558 | 2559 | 2558 | 2559 | | ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง( สาขาหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด ) | 231 | 288 | 89 | 24.67 | -34.84 |   ที่มา:ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | >15 | 14.1-15 | 13.1-14 | 12.1-13 | <12 | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง( สาขาหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด ) |  | -34.84  ( 89 ราย) | 1 |  |   **หมายเหตุ** ข้อมูลเดือน ต.ค.-ธ.ค.2558 |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** (ผลงาน 3 เดือนเป็นไปตามขั้นตอนการประเมิน)  การส่งต่อนอกเขตบริการ จังหวัดร้อยเอ็ดยังดำเนินการไม่ได้ค่าตามเป้าหมาย 2 สาขา คือ สาขามะเร็ง และสาขาหัวใจ สาเหตุเนื่องจาก  1. สาขามะเร็ง สาเหตุเนื่องจาก การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์เฉพาะทางอนุสาขา รวมทั้งขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยรักษาและผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่จำเป็นต้องทำ bone scan และรังสีรักษา ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการรอคิวรับการรักษา และผ่าตัด เป็นเวลานาน จึงเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย และญาติ ที่ต้องการไปรับการรักษา ในสถานบริการอื่นที่รับการรักษาในเวลาที่รวดเร็วเพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตอีกทั้งกระบวนการรักษาพยาบาลต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยี โรคมะเร็งบางชนิดมีพยากรณ์โรคไม่ดี แต่สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้โรคมะเร็งบางชนิดสามารถให้การวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้นด้วยการคัดกรอง แล้วจะทำให้ผลการรักษาดีเพิ่มขึ้น ด้วยวิธีการรักษาและการวินิจฉัยที่ดี เป้าหมายด้านพัฒนาระบบบริการด้านโรคมะเร็ง ได้มีการกำหนดเป้าหมายสำคัญ 4 ประการคือ ลดอัตราตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย และสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน และมีแนวทางการขับเคลื่อนผ่าน 7 ยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย 1) Primary Prevention 2) Screening and Early Detection 3) Cancer Diagnosis 4) Cancer Treatment 5) Palliative Care 6) Cancer Informatics 7) Cancer Research ในด้านการรักษาได้มีการพัฒนาวิธีการรักษา ให้ได้มาตรฐานสากลและโรงพยาบาลต่างๆมีการพัฒนาศักยภาพในการบริการมาแล้ว รวมทั้งการให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด การรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นการพัฒนาการเข้าถึงการรักษา การส่งต่อ การพัฒนาและกำหนดมาตรฐานการรักษา ตลอดจนการวินิจฉัยและระบบข้อมูลให้เป็นแนวทางเดียวกัน จึงมีความสำคัญเร่งด่วน มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ และมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีขีดความสามารถที่จะรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งก่อนหน้านี้ รพ.ร้อยเอ็ดซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้มีโครงการ breast fast tract เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมีการพยากรณ์โรคที่ดี เมื่อได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น ซึ่งเริ่มใน ปี 2557  1.สาขาหัวใจ จากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประกอบกับที่ตั้งของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ห่างจากศูนย์หัวใจจังหวัดขอนแก่น ในการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งต้องใช้เวลาเดินทางมาก ทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตระหว่างเดินทางจังหวัดร้อยเอ็ดโดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจึงวางแผนในการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในพื้นและจังหวัดที่อยู่ใกล้เคียงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยวางแผนเปิดบริการทำ Primary PCI ในผู้ป่วย STEMI และผ่าตัดหัวใจได้ในปี 2560ซึ่งขณะนี้อยู่ในระยะเตรียมการด้านต่างๆ ไม่ว่า สถานที่ บุคคลากรและเครื่องมือที่สำคัญ โดยมีเป้าหมายเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ และลดการส่งต่อนอกเขตบริการได้ |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1.การกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆรองรับ |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  1.ข้อมูลจัดเก็บอยู่อย่างกระจัดกระจาย ไม่มีศูนย์กลางในการจัดเก็บข้อมูล จึงเป็นการยากในการเข้าถึงข้อมูลรายงาน |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  1.การจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด( KPI template )ควรมีความชัดเจน และแล้วเสร็จตั้งแต่เดือนตุลาคม เพื่อให้พื้นที่มีเวลาในการจัดเก็บข้อมูล |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  1.แบบรายงานการส่งต่อประจำเดือนจังหวัดร้อยเอ็ด ศูนย์รับ-ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 5.ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นพ.ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์:**08-1873-7922 | **โทรศัพท์มือถือ :**08-4600-5565 | |
| **คำอธิบาย :**ลดระยะเวลาการรอคอยในการส่งต่อ หมายถึง ลดระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการ นับเวลาตั้งแต่ผู้รับบริการลงทะเบียน เข้ารับบริการ จนถึงได้รับรับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลปลายทางแล้ว | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ |  |  |  |  |  |   ที่มา:- โรงพยาบาลร้อยเอ็ด | | |
| **เกณฑ์การประเมิน:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ลดเวลารอคอยในการส่งต่อ |  |  |  |  |   **หมายเหตุ** ข้อมูลเดือน ต.ค.-ธ.ค.2558 | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  เพื่อเป็นการลดเวลารอคอยในการส่งต่อ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดำเนินงาน Fast track 7 สาขาดังนี้  1.สาขาทารกแรกเกิด  2.สาขาสูติกรรม  3.STEMI Fast track  4.Sepsis fast track  5.Stroke fast track  6.Trauma fast track  7.Head injury fast track  โดยแต่ละ fast trackมีการจัดทำ CPG และมีการถ่ายทอด สู่โรงพยาบาลชุมชนให้มีการปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมมีการจัดตั้งระบบLine consult ในทุก fast trackเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการ และกำลังดำเนินการเพิ่มอีก 1 สาขา คือ orthopedic fast trackโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และลดเวลารอคอยในการส่งต่อได้ในที่สุด  จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีมากขึ้น จังหวัดร้อยเอ็ดจึงดำเนินการโปรแกรมรับ-ส่งต่อผู้ป่วยที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการได้รวดเร็วเพิ่มขึ้น คือ ช่องทางการทำบัตรล่วงหน้ามี alert line refer แจ้งทีมแพทย์ พยาบาลเตรียมความพร้อม ก่อนที่ผู้ป่วยจะ refer มาถึงสถานบริการปลายทาง อีกทั้งมีการจัดประชุม และทำ case conference ทุกเดือน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มิให้เกิดความผิดพลาดในการทํางาน รวมทั้งสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกันทําให้กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความสําเร็จในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**   * มีการนิเทศ กำกับ ติดตาม ตรวจเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**   * ตัวชี้วัดยังไม่มีความชัดเจน | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**   * การจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด( KPI template )ควรมีความชัดเจน และแล้วเสร็จตั้งแต่เดือนตุลาคม เพื่อให้พื้นที่มีเวลาในการจัดเก็บข้อมูล | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**   * แบบรายงานการส่งต่อประจำเดือนจังหวัดร้อยเอ็ด ศูนย์รับ-ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอน** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 6.ทุกจังหวัดมีศูนย์ประสานการส่งต่อคุณภาพ** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: น.พ. ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**: นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์**:08-1873-7922 | **โทรศัพท์**: 08 4600 5565 | |
| **คำอธิบาย :** ศูนย์ประสานการส่งต่อคุณภาพ หมายถึง ศูนย์ที่มีการดำเนินงานดังนี้  ขั้นตอนที่1 มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.)ระดับจังหวัด เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ  ขั้นตอนที่2 มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ปัญหา  ขั้นตอนที่3 มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ สาขาที่มีการส่งต่อจำนวนมาก และปัญหาของจังหวัดที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ  ขั้นตอนที่4 มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัดเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาในเครือข่าย  ขั้นตอนที่5 สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัดตามแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขต บริการ | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  | | --- | --- | | ตัวชี้วัด | การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 | | ทุกจังหวัดมีศูนย์ประสานการส่งต่อคุณภาพ | จังหวัดร้อยเอ็ดมี การดำเนินการ ครบทั้ง 5 ข้อ | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ขั้นตอนที่ 1-3 | ขั้นตอนที่ 1-5 | ขั้นตอนที่ 1-5 | ขั้นตอนที่ 1-5 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนนที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ทุกจังหวัดมีศูนย์ประสานการส่งต่อคุณภาพ |  | ดำเนินการครบทุกขั้นตอน |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  จังหวัดร้อยเอ็ดมีศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และศูนย์ประสานการส่งต่อครบทุกอำเภอโดยแต่ละศูนย์จะจัดให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ประสานการส่งต่อ ตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ของบุคลากรปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาขีดความสามารถของระบบส่งต่อจังหวัดร้อยเอ็ด ครอบคลุม 4 สาขาหลัก มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผน มีการจัดทำ ทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะสาขา เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีการสัญจรเยี่ยม โรงพยาบาลแม่ข่าย 4 แห่ง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และร่วมกันกำหนดขั้นตอน การปฏิบัติงาน การประสานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ในทุกสิ้นเดือน ศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยแต่ละอำเภอ จะรวบรวมรายงานการส่งต่อผู้ป่วย ส่งที่ศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดร้อยเอ็ดและศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดร้อยเอ็ดจะทำหน้าที่รวบรวมรายงานการส่งต่อผู้ป่วย รายงานการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง พร้อมทั้งสังเคราะห์ข้อมูล เสนอผู้บริหารในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกเดือนเพื่อการบริหารจัดการต่อไป | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  มีการนิเทศ กำกับ ติดตาม ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  ไม่มี | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  สร้าง และออกแบบรูปแบบศูนย์ประสานการรับ – ส่งต่อ พร้อมทั้งสั่งการเป็นนโยบายที่ชัดเจน สำหรับผู้ปฏิบัติ | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  แบบรายงานการส่งต่อประจำเดือนจังหวัดร้อยเอ็ด ศูนย์รับ-ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 7.จังหวัดมีโครงสร้างService Plan ทั้ง 12 สาขา** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: น.พ. ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**: นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์**:08-1873-7922 | **โทรศัพท์**: 08 4600 5565 | |
| **คำอธิบาย : โครงสร้าง Service Plan**หมายถึง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ( Service Plan ) ที่มีคณะทำงานดำเนินการอย่างชัดเจน มีผลการดำเนินงาน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 12 สาขา ได้แก่ 1) สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด 2)สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 3)สาขาระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพอำเภอ 4)สาขาโรคไม่ติดต่อ 5)สาขาสุขภาพช่องปาก6) 5 สาขาหลัก 7) สาขาหัวใจ 8)สาขาไต9)สาขาทารกแรกเกิด 10)สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 11)สาขามะเร็ง 12) สาขาตา  **เป้าหมายในการดำเนินงาน**  **เป้าหมายระยะ 3 เดือน**   1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ 2. มีแผน/โครงการ โดยมีการวิเคราะห์ และกำหนดกิจกรรมบริการตามโอกาสการพัฒนา 3. ถ่ายทอดแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ   **เป้าหมายระยะ 6 เดือน**   1. ดำเนินการตามแผนและรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์ม 2. มีการนิเทศติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง 3. มีแบบสรุปสำหรับผู้บริหารเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน   **เป้าหมายระยะ 9 เดือน**   1. มีการนำข้อมูล/ผลการดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์ให้เป็นไปตามเป้าหมายของแต่ละสาขา   **เป้าหมายระยะ 12 เดือน**  มีแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน และการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาปี 2560 | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :** มีการดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 12 สาขา  1.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด  2.มีแผน/โครงการโดยมีการวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมบริการตามโอกาสการพัฒนา  3.ถ่ายทอดแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ  **สรุปผลการดำเนินงาน**  **1. แต่งตั้งคณะกรรมการประกอบด้วย 5 คณะหลัก 19 อนุกรรมการ**ดังนี้  **1.1 คณะกรรมการที่ปรึกษา**  **หน้าที่** ให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก สนับสนุน ส่งเสริมให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เป็นไปด้วยความเรียบร้อย  **1.2คณะกรรมการพัฒนาแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ ( CSO )**  **หน้าที่**  1. กำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)  2. วางแผนการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้มีความเชื่อมโยง  3. กำหนดโครงสร้างการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)  4. ให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก สนับสนุน ส่งเสริมให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ( Service Plan )เป็นไปด้วยความเรียบร้อย  5. ประสาน กำกับ การดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้  6. ติดตามและประเมินผลการพัฒนาของเครือข่ายหน่วยบริการ  7. จัดประชุมคณะกรรมการอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี  **1.3คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด**  **หน้าที่**  1. ร่วมกันกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย  2. ประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์และระบุประเด็น/เป้าหมายการพัฒนา  3. ประเมินโอกาส/เป้าหมายการพัฒนาและจัดลำดับการพัฒนา  **1.4คณะกรรมการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล**  **หน้าที่** เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน Service Plan  **1.5 คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาขีดความสามารถระบบบริการสุขภาพService Plan รายสาขา**  1.5.1. อนุกรรมการสาขาหัวใจ  1.52. อนุกรรมการสาขามะเร็ง  1.53. อนุกรรมการสาขาทารกแรกเกิด  1.5.4. อนุกรรมการสาขาอุบัติเหตุ (รวม EMS/PHER)  1.5.5. อนุกรรมการสาขาจิตเวช (รวม ยาเสพติด)  1.5.6. อนุกรรมการสาขาสูตินรีเวชกรรม  1.5.7 อนุกรรมการสาขาศัลยกรรม  1.5.8 อนุกรรมการสาขาอายุรกรรม  1.5.9 อนุกรรมการสาขากุมารเวชกรรม  1.5.10 อนุกรรมการสาขาศัลย์ออร์โธปิดิกส์  1.5.11 อนุกรรมการสาขาบริการปฐมภูมิทุติยภูมิเเละสุขภาพองค์รวม (รวมDHS)  1.5.12 อนุกรรมการสาขาทันตกรรม  1.5.13 อนุกรรมการสาขาไต  1.5.14 อนุกรรมการสาขาจักษุ  1.5.15 อนุกรรมการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD-DM/HT)  1.5.16 อนุกรรมการสาขาโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)  1.5.17 อนุกรรมการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ (รวมLab, X-ray)  1.5.18 อนุกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อ  1.5.19 อนุกรรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก  **หน้าที่**  ๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการ เพื่อรองรับความท้าทายและบริบทที่เปลี่ยนแปลงในอนาคต  ๒. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)  ๓. กำกับ ดูแล และสนับสนุนในการนำยุทธศาสตร์มาพัฒนาระบบบริการสู่การปฏิบัติ  ๔. ส่งเสริม และสนับสนุนด้านวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของทีมงานในระดับจังหวัด  ๕. วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และวางแผนงบประมาณ  ๖. รายงานผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ ต่อคณะกรรมการประสานงานการพัฒนาด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย  ๗. งานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย  **หมายเหตุ** - อนุกรรมการ แต่ละคณะ ไม่เกิน 30 คน  - ประธานอนุกรรมการ และเลขานุการ เป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด  - ผู้ช่วยเลขานุการ เป็นบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด  - คณะกรรมการใน Service Plan รายสาขา ประกอบด้วย บุคลากรที่รับผิดชอบในสาขานั้น ทั้งระดับจังหวัด ตัวแทนระดับอำเภอ/รพ.สต. และสหวิชาชีพ  **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดย**  1 ผ่านWeb Conference ทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน ได้ดำเนินการแล้ว 2 ครั้ง  : วันพุธที่ 9 ธันวาคม 2558 เรื่อง การดูแลแผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน สาขา เบาหวาน โดย นางสาวอารยา ตระกูลการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหน่วย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด  : วันพุธที่ 13 มกราคม 2559 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดสุรา สาขาจิตเวช โดย นพ.ธงชัย เสรีรัตน์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด  2Case Conference ใน Case ที่มีปัญหาในการส่งต่อ  - วันที่ 27 พฤศจิกายน 2558 : การดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ  - วันที่ 9 มกราคม 2559 : แนวทางการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก  .3 การจัดอบรม/พัฒนาทักษะOn the job training โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตามความจำเป็น/ต้องการของพื้นที่ : โดยการสำรวจความต้องการจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งอยู่ในระหว่างการเข้าอบรมตามตารางที่กำหนด | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | <20% | 40% | 60% | 80% | 100% | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนนที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | |  |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**   * ประชุมชี้แจง * รายงานผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**   * นโยบายที่เน้นหนักของผู้บริหาร * ภาวะผู้นำของประธานสาขา * การติดตามของผู้ประสานงานอย่างต่อเนื่อง | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  แต่ละสาขาขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา ที่เชื่อมต่อไปยังทุติยภูมและปฐมภูมิ | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  ไม่มี | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  1.คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่ 285 /๒๕๕9เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ( Service Plan)จังหวัดร้อยเอ็ด ลงวันที่ 12 มกราคม 2559  2.แบบรายงานผลการดำเนินงาน | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 8. มีข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วย ในระดับเขต/จังหวัด โดยใช้ระบบสารสนเทศ** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: น.พ. ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**: นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์**:08-1873-7922 | **โทรศัพท์**: 08 4600 5565 | |
| **คำอธิบาย :**  ฐานข้อมูลที่จำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วย นับว่าเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ตั้งแต่การวิเคราะห์ว่าการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย จำเป็นต้องมีข้อมูลใดบ้าง และจะนำข้อมูลที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจาย มาจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างไรมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยได้อย่างไร เพื่อให้ผู้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการให้คำปรึกษา การตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการที่เหมาะสม รวมถึงการนำข้อมูลการส่งต่อ ไปใช้ในการวิเคราะห์ ศักยภาพของสถานบริการ เพื่อการพัฒนาต่อไป | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | |  |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  ในปัจจุบันจังหวัดร้อยเอ็ดยังคงมีการส่งข้อมูลรายงานแบบ manual ซึ่งมีความล่าช้า ไม่ทันเวลาในการนำข้อมูลมาใช้งานอีกทั้งการเก็บข้อมูลที่ใช้ในปัจจุบัน ยังมีความซ้ำซ้อนเป็นภาระคนทำงาน คณะกรรมการพัฒนาขีดความสามารถในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดร้อยเอ็ด จึงนำเรียนปัญหากับผู้บริหาร และจัดทำโครงการพัฒนาระบบข้อมูลการรับ-ส่งต่อจังหวัดร้อยเอ็ดปัจจุบันอยู่ในระหว่างการดำเนินการติดตั้งและใช้งานโปรแกรม ยังไม่ครบกำหนดเวลา ในการประเมินผล การใช้งานโปรแกรม | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  ผู้บริหารให้ความสำคัญในการสนับสนุน รวมถึงมีนโยบายสั่งการที่ชัดเจน | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย มีความสำคัญในการบ่งบอกศักยภาพ และคุณภาพการรักษา ดังนั้นจึงปฏิเสธไม่ได้ว่าข้อมูลมีความสำคัญ และจำเป็นในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ( service plan ) เพื่อการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน แต่ในปัจจุบันจังหวัดร้อยเอ็ดยังคงมีการส่งข้อมูลรายงานแบบ manual ซึ่งมีความล่าช้า ไม่ทันเวลาในการนำข้อมูลมาใช้งาน และการเก็บข้อมูลในปัจจุบัน มีความซ้ำซ้อนเป็นภาระคนทำงาน | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**  -สร้าง และออกแบบรูปแบบระบบสารสนเทศในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเชิงระบบ พร้อมทั้งสั่งการเป็นนโยบายที่ชัดเจน สำหรับผู้ปฏิบัติ | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  -แบบรายงานการส่งต่อประจำเดือนจังหวัดร้อยเอ็ด ศูนย์รับ-ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด | | |

|  |
| --- |
| แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 9. มีแนวทางปฏิบัติครอบคลุมการป้องกัน การรักษา และส่งต่อในกลุ่ม 3 Service Plan หลักระดับจังหวัด** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นพ.ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**:นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์**:08-1873-7922 | **โทรศัพท์**: 08-4600-5565 | |
| **คำอธิบาย :**มีแนวทางปฏิบัติครอบคลุมการป้องกัน การรักษา และส่งต่อ จำนวน 3 สาขา ได้แก่ สาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิด และสาขาอุบัติเหตุ  **1. การพัฒนาตามService Plan สาขาหัวใจ**  **เป้าหมาย : ระยะสั้นระยะยาว (3,6, 9 และ 12เดือน)**   1. **** ลดส่งต่อออกนอกเขตฯ 2.  เพิ่มเครือข่าย Streptokinase/ Warfarin 3.  ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด   **เข็มมุ่งการพัฒนา :**   1. **** ร้อยละของโรงพยาบาล A-F2 สามารถให้ยาSKและจัดตั้ง Warfarin Clinic = 100% 2.  อัตราตาย STEMI ≤ 10% 3.  Door to Balloon Time ≤90 นาที>80% 4.  ระยะรอคอยการผ่าตัดหัวใจไม่เกิน 6 เดือน >80% 5.  พัฒนาศักยภาพบุคลากร   **มาตรการด้านส่งเสริมป้องกัน/การสนับสนุนประเด็นสำคัญในการจัดบริการ :**   1. **** การขยายการให้ยา Streptokinase/warfarin ในโรงพยาบาลชุมชนครบ 100% 2.  การเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเสี่ยง 3.  แนวทางการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังโรงพยาบาลชุมชน 4.  Guideline Heart fail จังหวัดร้อยเอ้ด 5.  งาน Prevention ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน 6.  พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องทุกปี 7.  การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจ   **กระบวนการพัฒนา**   1. จัดทำ Guideline/ คู่มือการแลรักษาผู้ป่วย STEMI คู่มือประชาชน เผยแพร่สู่การปฏิบัติ 2. โครงการชุมชนต้นแบบ 3. ACS Rally (ครู ก.) โรงพยาบาลระดับ A-F2 4. จัดอบรมพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (P1-P3) 5. คลินิกโรคหัวใจสัญจร 6. Show & Share เครือข่าย 7. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย Acute coronary syndrome : ACS โดยใช้โปรแกรม UCHA   **การติดตามประเมินผล**  คณะกรรมการ Service plan สาขาหัวใจ กำกับ ติดตาม และประเมินผล รายไตรมาส พร้อมส่งรายงานการประเมินผลต่อผู้บริหารและประเมินตามรอบการตรวจราชการ จำนวน 2 รอบ ตามรอบการนิเทศงาน ดังนี้  - รอบที่ 1 ผลงานเดือน ตุลาคม – มีนาคม (6 เดือน)  - รอบที่ 2 ผลงานเดือน มีนาคม – กันยายน (12 เดือน)  **2. การพัฒนาตามService Plan สาขาทารกแรกเกิด**  **เป้าหมายระยะ 3 เดือน**   1. มีแผนพัฒนาระบบบริการเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตทารกแรกเกิด 2. มีแผนพัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ 3. มีแผนพัฒนาบุคลากรตามความจำเป็นในพื้นที่ เช่น อบรม NCPR และการส่งต่อทารกแรกเกิดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตฯลฯ 4. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ Nurse Case Manager 5. มีแนวทาง CPG Policy 6. มีแผนการพัฒนาข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ   **เป้าหมายระยะ 6 เดือน**  1. อัตราทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน 28 วันภาพรวมจังหวัด (เป้าหมายลดลงจากปีที่ผ่านมา)  2. อัตราทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (GA<37Wks) (เป้าหมาย <10%)  3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมผ่านเกณฑ์(เป้าหมาย>50%)  4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อทารกแรกเกิดผ่านเกณฑ์(เป้าหมาย>70%)  5. ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ยของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ส่งต่อด้วยระบบfast track (เป้าหมาย <40 นาที)  **เป้าหมายระยะ9 เดือน**  1. อัตราทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน 28 วันภาพรวมจังหวัด (เป้าหมายลดลงจากปีที่ผ่านมา)  2. อัตราทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (GA<37Wks) (เป้าหมาย <9%)  3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมผ่านเกณฑ์(เป้าหมาย>60%)  4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อทารกแรกเกิดผ่านเกณฑ์(เป้าหมาย>70%)  5. ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ยของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ส่งต่อด้วยระบบFast track (เป้าหมาย <30 นาที)  **เป้าหมายระยะ 12 เดือน**  1. อัตราทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน28วัน ภาพรวมจังหวัด(เป้าหมาย<5 : 1,000 การเกิดมีชีพหรือลดลง)  2. อัตราทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (GA<37Wks) (เป้าหมาย <8%)  3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมผ่านเกณฑ์(เป้าหมาย>70%)  4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อทารกแรกเกิดผ่านเกณฑ์(เป้าหมาย>70%)  5. ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ยของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ส่งต่อด้วยระบบfast track (เป้าหมาย <20 นาที)  **มาตรการด้านส่งเสริมป้องกัน/การสนับสนุน**  **การติดตามประเมินผล**  คณะกรรมการ Service plan สาขาทารกแรกเกิด กำกับ ติดตาม และประเมินผล รายไตรมาส พร้อมส่งรายงานการประเมินผลต่อผู้บริหารและประเมินตามรอบการตรวจราชการ จำนวน 2 รอบ ตามรอบการนิเทศงาน ดังนี้  - รอบที่ 1 ผลงานเดือน ตุลาคม – มีนาคม (6 เดือน)  - รอบที่ 2 ผลงานเดือน มีนาคม – กันยายน (12 เดือน)  **3. การพัฒนาตามService Plan สาขาอุบัติเหตุ**  **เป้าหมายในการพัฒนา**   1. **** ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกินอัตรา 19 ต่อแสนประชากร 2.  ผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกรายเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย บุคลากร ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมีหน่วยปฏิบัติการ ครอบคลุมทุกพื้นที่ 3.  ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงได้รับการช่วยเหลือถูกต้องโดยเฉพาะ Head injury และบาดเจ็บหลายระบบ 4. ลดการตายจากการบาดเจ็บ Head injury และ Multiple Trauma   **เป้าหมายระยะ 3 เดือน**   1. **** มีแผนบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายรณรงค์ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 2.  แนวทางการป้องกัน /แนวทางดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 3.  มีแผนพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน Fast track trauma/ head injuryเครือข่ายสื่อ ภาคีภายนอก 4.  มีแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) อย่างต่อเนื่อง 5.  มีแผนพัฒนาระบบบริการ EMS และระบบส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในเขตสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 6.  มีแผนพัฒนาระบบ Data Center ระดับเขตบูรณาการการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 7.  มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่สมอง/ผู้บาดเจ็บหลายระบบ 8.  มีแนวทาง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บหลายระบบ ไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดเจ็บที่หลอดเลือด 9.  จัดทำ CPG, CNPG เช่น การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บหลายระบบ, ไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดเจ็บที่หลอดเลือด 10.  มีแผนพัฒนาบูรณาการทีม MERT /miniMERT/DMAT/ SRRT / MCATT ระดับจังหวัด ระดับเขต 11.  มีระบบเครือข่ายการดูแลฟื้นฟูผู้บาดเจ็บเมื่อพ้นภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ   **เป้าหมายระยะ 6 เดือน**   1. **** อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score ≥0.75 (เป้าหมาย<3%) 2.  การบูรณาการระบบ Fast track สำหรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อัตราส่วนของผู้ป่วยสีแดงและ Fast track ที่มาด้วยระบบ EMS (เป้าหมาย เพิ่มขึ้น ≥20%) 3.  อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาลภายใน24 ชั่วโมง(น้อยกว่าร้อยละ 1 อ้างอิงจากข้อมูล CDC มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.5) (เป้าหมาย <1%) 4.  มีการประเมินความเสี่ยงของหน่วยบริการ &จัดทำแผนเพื่อรองรับภัยพิบัติระดับ เขต/จังหวัด ระดับเขตฯและจังหวัดมี แผนบัญชาการเหตุการณ์และแผนเผชิญเหตุและแผน ประคองกิจการ (เป้าหมาย -เขต(มีแผน),จังหวัด(มีแผน)) 5.  อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Isolated head injury) ที่มีค่า GCS>1 (เป้าหมายลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา) 6.  อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บหลายระบบ (เป้าหมาย ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)   **เป้าหมายระยะ 9 เดือน**   1. **** อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score ≥0.75 (เป้าหมาย<3%) 2.  การบูรณาการระบบ Fast track สำหรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อัตราส่วนของผู้ป่วยสีแดงและ Fast track ที่มาด้วยระบบ EMS (เป้าหมาย เพิ่มขึ้น ≥20%) 3.  อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาลภายใน24 ชั่วโมง (น้อยกว่าร้อยละ 1 อ้างอิงจากข้อมูลCDC มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.5)(เป้าหมาย<1%) 4.  มีการประเมินความเสี่ยงของหน่วยบริการ &จัดทำแผนเพื่อรองรับภัยพิบัติระดับ จังหวัด มี แผนบัญชาการเหตุการณ์และแผนเผชิญเหตุและแผน ประคองกิจการ (เป้าหมาย จังหวัดมีแผน) 5.  อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Isolated head injury) ที่มีค่า GCS>1 (เป้าหมายลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา) 6.  อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บหลายระบบ (เป้าหมาย ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)   **เป้าหมายระยะ 12เดือน**   1. **** อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (19 สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score ≥0.75 (เป้าหมาย<3%) 2.  การบูรณาการระบบ Fast track สำหรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อัตราส่วนของผู้ป่วยสีแดงและ Fast track ที่มาด้วยระบบ EMS (เป้าหมาย เพิ่มขึ้น ≥20%) 3.  อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง (น้อยกว่าร้อยละ 1 อ้างอิงจากข้อมูล CDC มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ0.5) (เป้าหมาย<1%) 4.  มีการประเมินความเสี่ยงของหน่วยบริการ &จัดทำแผนเพื่อรองรับภัยพิบัติระดับ เขต/จังหวัด ระดับเขตฯและจังหวัดมี แผนบัญชาการเหตุการณ์และแผนเผชิญเหตุและแผน ประคองกิจการ (เป้าหมาย -เขต(มีแผน),จังหวัด(มีแผน)) 5.  อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Isolated head injury) ที่มีค่า GCS>1 (เป้าหมายลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา) 6.  อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บหลายระบบ (เป้าหมาย ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)   **มาตรการด้านส่งเสริมป้องกัน/การสนับสนุน**  เข็มมุ่งในการพัฒนาทุกหน่วยที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลทุกระดับ(A S M1 M2 F) สสอ./ รพสต. ให้มีการดำเนินงานตามมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนนตามประกาศกฎกระทรวงฯเช่นส่งเสริมพฤติกรรมขับขี่ เน้นการสวมหมวก /คาดเข็มขัดนิรภัย 100 % ไม่ขับรถเร็วตามกฎหมายกำหนด เมาไม่ขับไม่เช่ารถทัวร์ 2 ขั้นทัศนะศึกษา นำเสนอข้อมูลในเวทีต่างๆสู่การแก้ไขปัญหา สำหรับโรงพยาบาลระดับ A S M 1 M2 F1-F3 ทีมีรถพยาบาลให้ติดตั้งระบบGPSพนักงานที่ขับรถพยาบาลต้องผ่านการอบรม หลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ระบบข้อมูล นำข้อมูล สู่การเสนอปัญหา เชิงปริมาณ คุณภาพ ทำ Mapping จุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย พัฒนาเก็บข้อมูลการเสียชีวิต3 ฐาน เพื่อความครอบคลุมในการเก็บมากขึ้นโดยมีแนวทางพัฒนางานดูแลผู้บาดเจ็บดังนี้  1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้บาดเจ็บที่สมอง /ผู้บาดเจ็บหลายระบบ  2. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองบาดเจ็บหลายระบบไฟไหม้น้ำร้อนลวกบาดเจ็บที่หลอดเลือด  3. พัฒนาระบบการให้บริการผู้บาดเจ็บสมองและผู้บาดเจ็บหลายระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากร, อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์  4. พัฒนาระบบData Center ระดับเขตบูรณาการการจัดเก็บข้อมูลเขตสุขภาพที่7  **การติดตามประเมินผล**  คณะกรรมการ Service plan สาขาอุบัติเหตุ กำกับ ติดตาม และประเมินผล รายไตรมาส พร้อมส่งรายงานการประเมินผลต่อผู้บริหารและประเมินตามรอบการตรวจราชการ จำนวน 2 รอบ ตามรอบการนิเทศงาน ดังนี้  - รอบที่ 1 ผลงานเดือน ตุลาคม – มีนาคม (6 เดือน)  - รอบที่ 2 ผลงานเดือน มีนาคม – กันยายน (12 เดือน) | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :** สามารถอธิบาย การดำเนินงาน ออกเป็น 3 สาขา ดังนี้  **1.สาขาหัวใจ**   * ลดส่งต่อออกนอกเขตฯ * เพิ่มเครือข่าย Streptokinase/ Warfarin * ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด   **สรุปผลการดำเนินงานสาขาหัวใจ**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **บริการ** | **จำนวน** | **ผลลัพธ์** | **จำนวน/**  **ร้อยละ** | | 1. การเปิดหลอดเลือดของผู้ป่วย STEMIไม่ว่าจะด้วยวิธีใด (ให้ยาละลายลิ่มเลือด)และหรือส่งทำ การทำบอลลูนขยายหลอดเลือด (Primary percutaneous coronary intervention/PPCI) | 17 | 1. อัตราการเสียชีวิต STEMI ใน รพ. น้อยกว่าร้อยละ 7  2. อัตราSTEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 75  3. รพ. ระดับ F2 ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 100 | < 7%  >75%  100% | | 1. มี Heart failure clinic ในระดับ A และ S ครบ | 1 | มี Heart failure clinic ในระดับ A และ S ครบร้อยละ100 | 1 แห่ง | | 3. มี Warfarin Clinic ในรพ. ระดับ A-F2 | 13 | มี Warfarin Clinic ในรพ. ระดับA-F2  ครบร้อยละ100 | 13 แห่ง | | 4. มีการตรวจEcho และ EST ในรพ. A -S ทุกแห่ง | 1 | มีการตรวจEcho และ EST ในรพ. A -S ทุกแห่ง | 1 แห่ง |   **มาตรการ (ตาม 6 Building Blocks)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน** | **มาตรการแก้ไขที่สำคัญ** | **QuIck Win** | | | | | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** | | อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยSTEMI | ระบบการปรึกษาและการส่งต่อที่รวดเร็ว | -line เครือข่าย STEMI  -case conference  -รณรงค์ใช้ EMS | -line เครือข่าย STEMI  -case conference  -รณรงค์ใช้ EMS  -จัดประชุมACS rally | -line เครือข่าย STEMI  -case conference  -รณรงค์ใช้ EMS | -line เครือข่าย STEMI  -case conference  -รณรงค์ใช้ EMS | | จัดตั้ง Heart failure clinic | ความพร้อมของเครือข่าย  ได้แก่ บุคลลากร อุปกรณ์ ระบบที่รองรับ | -ประชุมเครือข่าย  -การนิเทศ  -ของบสนับสนุน | -ประชุมเครือข่าย  -การนิเทศ | การส่งกลับnode ใน ผู้ป่วยที่พร้อม | การส่งกลับnode ในผู้ป่วยที่พร้อม | | จัดตั้ง Warfarin Clinic | ความพร้อมของเครือข่าย  ได้แก่ บุคลลากร อุปกรณ์ ระบบที่รองรับ | -ประชุมเครือข่าย  -การนิเทศ  -ของบสนับสนุน | ประชุมเครือข่าย  -การนิเทศ  -ของบเครื่องมือตรวจ INR/strip | การส่งกลับnode ใน ผู้ป่วยที่พร้อม  -การนิเทศ | การส่งกลับnode ใน ผู้ป่วยที่พร้อม  -การนิเทศ | | มีการตรวจ EchoและEST ในรพ. A -S ทุกแห่ง | เพิ่มอัตรากำลังเพิ่มเครื่อง Echo | ส่งบุคลากรอบรมเพิ่ม | ส่งบุคลากรอบรม | ส่งบุคลากรอบรม | ส่งบุคลากรอบรม |   **แผนงานปี 2559**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **หัวข้อ** | **กิจกรรม** | **จำนวนเป้าหมาย** | | ระบบบริการ | จัดบริการระบบ fast track STEMI ทุก รพช.  จัดระบบ consult ทั้งจังหวัด จัดตั้ง cardiac network , line เครือข่าย STEMIทั้งจังหวัด จัดตั้ง Heart failure clinic และ Warfarin Clinic | 17 | | กำลังคนด้านสุขภาพ | จัดหากำลังคนให้เพียงพอกับภาระงาน ได้แก่ Physician, cardiologists, Interventionist, cardiothoracic surgeon, nurse, nurse manager, pharmacists, Technicianและอื่นๆ | จัดหากำลังคนให้เพียงพอกับภาระงาน | | ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ | พัฒนาระบบลงข้อมูล UCHA และรายงานเป็นระบบเดียว | 1 | | ยาและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ | จัดให้มียาSK ให้ทุก รพช. | 17 | | การเงินการคลังสุขภาพ | การพัฒนาการบันทึกและเรียกเก็บเงินในระบบตาม DRG | 20 | | ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ | การพัฒนาเครือข่ายให้เข็มแข็ง  การให้ค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย ขวัญกำลังในเจ้าหน้าที่ | 20 |   **2.สาขาทารกแรกเกิด**  **เป้าหมายบริการ /เป้าหมายผลลัพธ์ ปี 2559 (ทั้งปี)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **บริการ** | **จำนวน** | **ผลลัพธ์** | **จำนวน/**  **ร้อยละ** | | 1.จำนวนเตียง NICU  (อย่างน้อย 1:500 live birth) | 4 เตียง | * โรงพยาบาลร้อยเอ็ด * โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ | 2 เตียง  2 เตียง | | 2.การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ(TPN) |  | นอกเวลาราชการ |  |   **มาตรการ (ตาม 6 Building Blocks)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน** | **มาตรการแก้ไขที่สำคัญ** | **QuIck Win** | | | | | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** | | 1.อัตรากำลังตามมาตรฐาน | เพิ่มบุคลากร |  |  |  |  | | 2.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร |  |  |  |  |  | | 2.1 แพทย์ |  |  |  |  |  | | 2.2 พยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิด | 1.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร training course |  |  |  |  |   **แผนงาน ปี 2559**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **หัวข้อ** | **กิจกรรม** | **จำนวนเป้าหมาย** | | ระบบบริการ | 1.พัฒนาระบบบริการทารกให้ได้คุณภาพ และมาตรฐาน  2.พัฒนาระบบส่งต่อทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพ  3.โครงการพัฒนาเครือข่ายทารกแรกเกิด(STABLE)  4.พัฒนา Node รับ Refer back |  | | กำลังคนด้านสุขภาพ | 1. neonatologist  2.พยาบาลดูแลทารกแรกเกิด  (ผ่านการอบรม 9 คน การดูแลผู้ป่วยเพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกและเด็ก)  3. neurosurgeon  pediatric surgeon,  pediatric cardiologist, ศัลยแพทย์ทรวงอกและหลอดเลือด,จักษุแพทย์ที่ทำ LASER, กุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก ,speech therapis | 0  (กำลังศึกษา 1 คน)  5 คน  1  3  ไม่มี | | ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ | โครงการพัฒนาสารสนเทศการดูแลทารกแรกเกิด |  | | ยาและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ | 1. High Frequency Ventilator  2. Prostacyclin analogue  3. มีอุปกรณ์ ครุภัณฑ์การแพทย์ ยา เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU (Node) | 2 เครื่อง | | การเงินการคลังสุขภาพ | งบประมาณ |  | | ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ | 1.คณะกรรมการสาขาทารกแรกเกิดระดับเขต  2.คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า |  |   **3. สาขาอุบัติเหตุ**  **เป้าหมายบริการ /เป้าหมายผลลัพธ์ ปี 2559 (ทั้งปี)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **บริการ** | **จำนวน** | **ผลลัพธ์** | **จำนวน/**  **ร้อยละ** | | มาตรการองค์กร | 2 | 2 MOU และประกาศมาตรการองค์กร | 100 | | ชุมชนต้นแบบลดอุบัติเหตุทางถนน | 1 | 1 กำลังดำเนินการ(เหนือเมือง) |  | | การแก้ไขจุดเสี่ยงอย่างน้อย จุด/ไตรมาศ | 4 | 3 จุดเสี่ยง และ2 จุดร่วม | 75 | | ให้ความรู้ด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรในสถานศึกษา | 5 | กำลังดำเนินการ |  | | ร่วมรณรงค์ลดอุบัติเหตุตามเทศกาล | 3 | 2 ดำเนินการ | **66** |   **มาตรการ (ตาม 6 Building Blocks)**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน** | **มาตรการแก้ไขที่สำคัญ** | **QuIck Win** | | | | | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** | | การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | DHS และ MOU | MOU ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข | ติดตามผล | ประเมิน | สรุปผล | | ปัจจัยด้านคนความรู้(Education) | ให้ความรู้ด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรในสถานศึกษา ชุมชน | ประสาน โรงเรียนครูผู้รับผิดชอบ | สร้างเครือข่ายลดอุบัติเหตุในโรงเรียน | ติดตามประเมินเครือข่ายลดอุบัติเหตุในโรงเรียน | ติดตามประเมิน | | ปัจจัยด้านยานพาหนะและถนน  (Engineering) | การค้นหาจุดเสี่ยง  ประเมินจุดเสี่ยง | ประเมินจุดเสี่ยงรายงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง(ทางหลวง ตำรวจ) | -ติดตามการแก้ไขจุดเสี่ยง | -ประเมินความปลอดภัยจุดเสี่ยงที่ไข | ติดตามประเมินผล | | (Enforcement) การบังคับใช้กฎหมาย | ประสานตำรวจ ฝ่ายปกครอง | ข้อมูลการบังคับใช้กฎหมาย | ติดตามผล | สรุปผล | ประเมินผล | | - การออกสอบสวนอุบัติเหตุตามเกณฑ์ SRRT | -การพัฒนาบุคลากร SRRT | ฝึกอบรมบุคลากร | -ออกสอบสวนอุบัติเหตุจริง | -สรุปผล | ประเมินผล |   **แผนงาน ปี 2559**  **ระบบบริการ**  1.วัยเรียน  - ให้ความรู้ด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรในสถานศึกษา  2.กลุ่มวัยทำงาน  - ชุมชนต้นแบบลดอุบัติเหตุ อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด  กำลังคนด้านสุขภาพ  - สร้างพัฒนาเครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อ.เมืองร้อยเอ็ด  ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ  -โปรแกรม IS ,ThaiRSCHOSXP / HOSXP PCU | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ครอบคลุมเป้าหมาย<50%ทั้ง 3 สาขา | ครอบคลุมเป้าหมาย>50%ทั้ง 3 สาขา | ครอบคลุมทุกเป้าหมายทั้ง 1 สาขา | ครอบคลุมทุกเป้าหมาย 2 สาขา | ครอบคลุมทุกเป้าหมายทั้ง 3 สาขา | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | มีแนวทางปฏิบัติครอบคลุมการป้องกัน การรักษา และส่งต่อในกลุ่ม 3 Service Plan หลักระดับจังหวัด |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  - ไม่มี | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  - ไม่มี | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  - ไม่มี | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**  - ไม่มี | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  - ไม่มี | | |

**แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ**

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| ชื่อตัวชี้วัด : **10.คัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายวัชระ เอี่ยมรัศมีกุล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ | |
| **โทรศัพท์:** 08 1872 1706 | **โทรศัพท์มือถือ :**08 1974 2002 | |
| **คำอธิบาย :**  **ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(CKD)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้  1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกตินานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต(Glomerular Filtration Rate ; GFR)ผิดปกติหรือไม่ก็ได้  2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m2 ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้  **การคัดกรอง** หมายถึง การตรวจ LABTEST11หรือ LABTEST12หรือLABTEST14หรือ LABTEST15 โดยประเมินจากวันที่ตรวจในปีงบประมาณเท่านั้น (ไม่ดูผลการตรวจ)  \*\*หากมีการตรวจLAB มากกว่าหนึ่งรายการ จะนับเป็นผลงานในไตรมาสที่วันที่ตรวจน้อยที่สุดเพียงครั้งเดียวเท่านั้น  ร้อยละการคัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง= (A/B)×100  โดยที่  A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง  B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการในคลินิกบริการ | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ร้อยละการคัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง | N/A | N/A | N/A | 25.23 |  | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 90 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ร้อยละการคัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง |  | 25.23  (24,967 ราย) |  |  |   ที่มา : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 98,940 ราย  ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2559 | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :ผลการดำเนินงาน 3 เดือน**  1. สำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต  2. ดำเนินการคัดกรองโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ  3. บันทึกข้อมูลการคัดกรองและส่งออกข้อมูล  4. ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1. นโยบายการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีของหน่วยบริการ  2.งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีความเพียงพอต่อการใช้งาน  3. โปรแกรมการบันทึกข้อมูล | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  - ไม่มี | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  - ไม่มี | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| ชื่อตัวชี้วัด : **11. ประเมิน CVD risk** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายวัชระ เอี่ยมรัศมีกุล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ | |
| **โทรศัพท์:** 08 1872 1706 | **โทรศัพท์มือถือ :**08 1974 2002 | |
| **คำอธิบาย :** | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ประเมิน CVD risk | N/A | N/A | N/A | N/A | 53.08 | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ประเมิน CVD risk |  | 64,305 | 53.08 |  |   **ที่มา:** ข้อมูลCVD riskจำนวน 121,141 ราย | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  1.สำรวจกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง  2.ประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Thai CV risk  3.จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูง สูงมาก สูงอันตราย  4.ประเมินผล | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  เครื่องมือมีความชัดเจน | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -** | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -** | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  รายงานการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดร้อยเอ็ด | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอนดำเนินงาน

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 12. จัดทำแผน HR ระยะยาวโดยมีการดำเนินการภาพรวมของ HR ที่บูรณาการทั้ง HRP HRD และ HRM** | | |
| ผู้กำกับดูตัวชี้วัด: นพ.ปิติ ทั้งไพศาล | ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| โทรศัพท์: 08-1873-7922 | โทรศัพท์: 08-4600-5565 | |
| **คำอธิบาย : การพัฒนาบุคลากร** หมายถึง กระบวนการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานให้กับบุคลากรของหน่วยงานด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การฝึกอบรม การสัมมนาการศึกษาดูงาน เพื่อให้บุคลากรสายวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional) และสายสนับสนุนบริการสุขภาพ (Allied Health and supportive staff) ได้รับการพัฒนาแล้วปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพยกเว้นการศึกษาต่อที่เป็นการเพิ่มคุณวุฒิ  **เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการพัฒนาบุคลากร** หมายถึงข้อกำหนด/แนวทาง//ขั้นตอนในการดำเนินการพัฒนาบุคลากรที่จะทำให้หน่วยงานระดับจังหวัดสามารถนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน วัดผลได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้  1.กำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ให้ชัดเจนและมีคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ซึ่งมีองค์ประกอบจากหน่วยงานทุกระดับภายในจังหวัด ดำเนินการค้นหาจุดแข็งและโอกาสการพัฒนาของบุคลากร  2.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างมีส่วนรวมให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดและเขตสุขภาพ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย งบประมาณ ระยะเวลา วิธีการพัฒนาบุคลากร และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน และดำเนินการพัฒนาบุคลากร  3.พัฒนาและจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงบริหารด้านการพัฒนาบุคลากร  4.จัดระบบและกลไกในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่มีแผนจัดสรรงบพัฒนาบุคลากรของจังหวัดและแผนนิเทศติดตามการพัฒนาบุคลากร  5.สรุปรายงานผลนำสู่การปรับปรุงระบบ กลไก ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ข้อเสนอแนะการพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในทุกระดับ  **เกณฑ์เป้าหมาย:** ร้อยละ 70 | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  | | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2558** | | 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | | 4 |  | | 5 |  | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | แผน HRD ของจังหวัดรองรับ SP และปัญหาในพื้นที่ โดยกระบวนการ Need Ascessmentจากคณะกรรมการในพื้นที่ | 1.แผนจัดสรรงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด  2.ผลการพัฒนาบุคลากรเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย  3.ผลการใช้จ่ายงบประมาณเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย | 1.แผน/ผลการติดตามและนิเทศหน่วยงานในจังหวัด  2.ผลการพัฒนาบุคลากร  เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย  3.ผลการใช้จ่ายงบประมาณเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย | สรุปผลการพัฒนาบุคลากรระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/ประเทศ | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | การจัดทำแผน HR ระยะยาว |  | อยู่ระหว่างดำเนินการ |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  1.กำหนดโครงสร้างและผู้รับผิดชอบการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ให้ชัดเจน โดย การวางแผนด้านกำลังคน โดยกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนโดยกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานนิติการ  2.การพัฒนากำลังคน โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ 269/2558 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2558 ประกอบด้วย  - คณะกรรมการที่ปรึกษา มี นพ.สสจ.รอ.เป็นประธาน  - คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (Chief Human Resource Officer: CHRO)  ประกอบด้วย นพ.เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน เป็นประธาน ตัวแทนผู้อำนวยการแต่ละระดับ ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ประธานวิชาชีพ 11 วิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงาน HRM และ HRD จาก สสจ.รอ. และ รพ.รอ. เป็นกรรมการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ เป็นเลขานุการ  มีหน้าที่  ๑) วางแผนพัฒนาและบริหารกำลังคนในสายวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ( HRP,HRD,HRM )  2) วางแผนการบริหารบุคลากรสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการและเป้าหมายของเขตสุขภาพ  3) กำหนดหลักเกณฑ์การเกลี่ยบุคลากรอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม  4) พิจารณากลั่นกรอง อนุมัติการลาศึกษา การฝึกอบรม ภายในประเทศ (รวมถึงหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำ  บ้าน / การอบรมหลักสูตรผู้บริหารต่างๆ เช่น ผบก.ผบต.นบส.และการอบรมที่ใช้เวลาตั้งแต่ 10 วันทำการ หรือมีค่าใช้จ่ายในการอบรมตั้งแต่ 10,000 บาท)  5) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อกำหนดการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขดีเด่นในองค์กรให้เหมาะสมกับ ผลผลิต ( Productivity)  6) หน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย   1. 3.จัดทำแผนพัฒนากำลังคน โดยมีแผนกลยุทธ์ ระดับแม่ข่ายจำนวน 5 แผน ( เครือข่ายอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เครือข่ายอำเภอโพนทอง เครือข่ายอำเภอ สุวรรณภูมิ เครือข่ายอำเภอ เสลภูมิ และเครือข่ายอำเภอเกษตรวิสัย ) และให้แต่ละแม่ข่ายนำแผนกลยุทธ์สู่การปรับแผนปฏิบัติการ ที่มีการบริหารจัดการเป็นภาพแม่ข่าย ที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ ( Service Plan )ภายในเดือนมีนาคม 2559   4. พัฒนาและจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจเชิงบริหารด้านการพัฒนาบุคลากร โดยทบทวนข้อมูลและวิธีจัดเก็บ ที่สามารถวิเคราะห์ได้ตามรายสถานบริการ/รายวิชาชีพ/รายสาขาตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1.นโยบายชัดเจนทุกระดับทั้งกระทรวง/เขตสุขภาพ/จังหวัด  2.มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด  3.มีแผนพัฒนาบุคลากรระดับกระทรวง/เขตสุขภาพ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  1.การติดต่อสื่อสาร และการทำความเข้าใจระหว่างเขตสุขภาพและจังหวัดยังไม่ชัดเจน  2.การทำแผนพัฒนาบุคลากรทุกระดับในจังหวัดอยู่ในขั้นตอนการทำแผนกลยุทธ์  3..งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อแผนความต้องการในการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  - ไม่มี - | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ระดับอำเภอ จังหวัด  2.แผนพัฒนาบุคลากรระดับอำเภอ/จังหวัด  3.รายงานการดำเนินงานตามแผน | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด**: **13. สามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่** **ไม่เกินร้อยละ ๑๐** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ | **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ | |
| **โทรศัพท์**:085-005-9938 | **โทรศัพท์**:085-005-9938 | |
| **คำอธิบาย :**  1. ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขผ่านการบริหารงานมนรูปแบบเขตบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย  1.1 ความสามารถในการกระจายการจัดสรรงบค่าใช้จ่ายทุกหมวดที่ได้รับมอบอำนาจให้สอดคล้องกับสถานะการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ สามารถจัดบริการประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม  1.2 ความสามารถพัฒนาและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการมีสมรรถนะและประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง จนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน  2. ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย  2.1 Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน  2.2 Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน  2.3 Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน  2.4 ทุนสำรองติดลบ = 1 คะแนน  2.5 ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน  2.6 ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน  3. หน่วยบริการในพื้นที่ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน  หน่วยบริการ มีการบริหารการเงินการคลัง และมีการเฝ้าระวังการเงินการคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และมีแผนการบริหารจัดการ สามารถลดต้นทุนหน่วยบริการได้ | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 5 | ร้อยละ 5 | -10 | 0 | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ไม่เกินร้อยละ 26 | ไม่เกินร้อยละ 20 | ไม่เกินร้อยละ 15 | ไม่เกินร้อยละ 13 | ไม่เกินร้อยละ ๑๐ | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ | 10 | ร้อยละ 5 | 5 | 10 | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  1)แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ  2)หน่วยบริการทุกแห่ง ได้มีการจัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) ปีงบประมาณ 2559  3)จัดอบรมพัฒนาคุณภาพบัญชี และประชุมชี้แจงให้มีความเข้าใจในการจัดทำบัญชี การจัดทำต้นทุน  พร้อมทั้งออกตรวจสอบคุณภาพบัญชี  4)กำกับ ติดตาม การดำเนินงานการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุม  ทุกเดือน เพื่อ ชี้แจง ติดตามงาน ร่วมกันระหว่างจังหวัดและอำเภอ ผู้เข้าประชุมจากอำเภอ ได้แก่ หัวหน้าบริหารจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ  5)คณะกรรมการ มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาจากการวิเคราะห์รายงานทางการเงินต่างๆเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้กำหนดมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมีดังนี้  มาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง  1)ระบบคลังวัสดุ (Material stock) ให้มีระบบจัดซื้อจัดจ้างที่เหมาะสม และจัดทำต้นทุนวัสดุ  2)กำลังคน (Manpower) จัดอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรให้คุ้มค่า ให้มีผลผลิตการปฏิบัติงานทุกวัน  3)งบลงทุน (Capital cost) งดการลงทุนที่ต้องจ่ายจากเงินบำรุงในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติ  ระดับ 7 ยกเว้นได้รับความเห็นชอบจากเขต หากมีความจำเป็น  4)การใช้ข้อมูล ในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร(บุคลากร งบประมาณ วัสดุ) ให้คุ้มค่าเมื่อเทียบกับผลงาน(performance) ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุน  5)การศึกษาดูงาน งดการศึกษาดูงานในต่างจังหวัดในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ยกเว้นงานนโยบาย  6)การตรวจสอบแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ  7)รายงานหน่วยบริการที่มีปัญหาในการส่งข้อมูลทางบัญชีไม่ทันเวลาต่อคณะกรรมการวางแผนและ  ประเมินผลทุกเดือน  8)จัดทีมลงตรวจเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1.มีคณะกรรมการการเงินการคลัง กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลังทุกไตรมาส  2.มีการวิเคราะห์ข้อมูล และแจ้งกลับหน่วยบริการในการจัดทำแผนป้องกันสภาวะเสี่ยงทุกไตรมาส  3. ลงพื้นที่ หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาวะเสี่ยงทางการเงิน และหามาตรการในการช่วยเหลือ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  ปัญหาการจัดทำบัญชีที่ยังไม่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชีไม่สามารถสะท้อนสถานะทางการเงินของหน่วยบริการได้อย่างแท้จริงและบุคลากรด้านการเงินและบัญชีส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดทำบัญชียังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และขาดทักษะด้านการจัดทำบัญชีบริหารซึ่งจำเป็นในด้านการบริหารการเงินการคลัง | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  การบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ควรมีผู้ที่เชี่ยวชาญทางด้านการเงินการคลังเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยบริการในการแก้ไขภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลัง | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  1. รายงานสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาล  2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการCFO  3. รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ  4. แผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด**: **14. ทำแผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (PLANFIN)** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ | **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ | |
| **โทรศัพท์**:085-005-9938 | **โทรศัพท์**:085-005-9938 | |
| **คำอธิบาย :** หน่วยบริการ มีการทำแผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (PLANFIN) | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน:** -จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาล 20 แห่ง มีโรงพยาบาลที่  -ทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย(Planfin)ทุกหน่วยบริการ =๑๐๐%(เป้าหมาย Quick Win = ๑๐๐%)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ ๗ ของหน่วยบริการในพื้นที่ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 100 | 0 | 0 | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 95 | ร้อยละ 100 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ทำแผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (PLANFIN) | 10 | ร้อยละ 100 | 5 | 10 | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ:**  1)แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ  2)หน่วยบริการทุกแห่ง ได้มีการจัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) ปีงบประมาณ 2559  3)จัดอบรมพัฒนาคุณภาพบัญชี และประชุมชี้แจงให้มีความเข้าใจในการจัดทำบัญชี การจัดทำต้นทุน  พร้อมทั้งออกตรวจสอบคุณภาพบัญชี  4)กำกับ ติดตาม การดำเนินงานการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุม  ทุกเดือน เพื่อ ชี้แจง ติดตามงาน ร่วมกันระหว่างจังหวัดและอำเภอ ผู้เข้าประชุมจากอำเภอ ได้แก่ หัวหน้าบริหารจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ  5)คณะกรรมการ มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาจากการวิเคราะห์รายงานทางการเงินต่างๆเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้กำหนดมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมีดังนี้  มาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง  1)ระบบคลังวัสดุ (Material stock) ให้มีระบบจัดซื้อจัดจ้างที่เหมาะสม และจัดทำต้นทุนวัสดุ  2)กำลังคน (Manpower) จัดอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรให้คุ้มค่า ให้มีผลผลิตการปฏิบัติงานทุกวัน  3)งบลงทุน (Capital cost) งดการลงทุนที่ต้องจ่ายจากเงินบำรุงในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติ  ระดับ 7 ยกเว้นได้รับความเห็นชอบจากเขต หากมีความจำเป็น  4)การใช้ข้อมูล ในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร(บุคลากร งบประมาณ วัสดุ) ให้คุ้มค่าเมื่อเทียบกับผลงาน(performance) ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุน  5)การศึกษาดูงาน งดการศึกษาดูงานในต่างจังหวัดในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ยกเว้นงานนโยบาย  6)การตรวจสอบแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ  7)รายงานหน่วยบริการที่มีปัญหาในการส่งข้อมูลทางบัญชีไม่ทันเวลาต่อคณะกรรมการวางแผนและ  ประเมินผลทุกเดือน  8)จัดทีมลงตรวจเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน:**  1.มีคณะกรรมการการเงินการคลัง กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลังทุกไตรมาส  2.มีการวิเคราะห์ข้อมูล และแจ้งกลับหน่วยบริการในการจัดทำแผนป้องกันสภาวะเสี่ยงทุกไตรมาส  3.ลงพื้นที่ หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาวะเสี่ยงทางการเงิน และหามาตรการในการช่วยเหลือ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน:**  ปัญหา การจัดทำบัญชีที่ยังไม่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชีไม่สามารถสะท้อนสถานะทางการเงินของหน่วยบริการได้อย่างแท้จริง และบุคลากรด้านการเงินและบัญชีส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดทำบัญชียังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และขาดทักษะด้านการจัดทำบัญชีบริหารซึ่งจำเป็นในด้านการบริหารการเงินการคลัง | | |
| **ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานต่อไป:**การบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ควรมีผู้ที่เชี่ยวชาญทางด้านการเงินการคลังเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยบริการในการแก้ไขภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลัง | | |
| **หลักฐานอ้างอิง:**  1. รายงานสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาล  2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการCFO  3. รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ  4. แผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด**: **15.หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**:นางขนิษฐา นาสุข | |
| **โทรศัพท์**:085-005-9938 | **โทรศัพท์**: 084-792-1234 | |
| **คำอธิบาย :** หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน:** -จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาล 20 แห่ง  -หน่วยบริการมีคะแนนรวม FAI =78.6% (เป้าหมาย Quick Win = 6๐%)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | หน่วยบริการมรคะแนนรวม FAI | ร้อยละ 80.56 | ร้อยละ  95.23 | ร้อยละ 98.21 | 14.67 | 2.98 | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 45 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 55 | ร้อยละ 60 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | หน่วยบริการมรคะแนนรวม FAI | 10 | ร้อยละ 78.6 | 5 | 10 | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ:**  1)แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ  2)หน่วยบริการทุกแห่ง ได้มีการจัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) ปีงบประมาณ 2559  3)จัดอบรมพัฒนาคุณภาพบัญชี และประชุมชี้แจงให้มีความเข้าใจในการจัดทำบัญชี การจัดทำต้นทุน  พร้อมทั้งออกตรวจสอบคุณภาพบัญชี  4)กำกับ ติดตาม การดำเนินงานการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุม  ทุกเดือน เพื่อ ชี้แจง ติดตามงาน ร่วมกันระหว่างจังหวัดและอำเภอ ผู้เข้าประชุมจากอำเภอ ได้แก่ หัวหน้าบริหารจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ  5)คณะกรรมการ มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาจากการวิเคราะห์รายงานทางการเงินต่างๆเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้กำหนดมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมีดังนี้  มาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง  1)ระบบคลังวัสดุ (Material stock) ให้มีระบบจัดซื้อจัดจ้างที่เหมาะสม และจัดทำต้นทุนวัสดุ  2)กำลังคน (Manpower) จัดอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรให้คุ้มค่า ให้มีผลผลิตการปฏิบัติงานทุกวัน  3)งบลงทุน (Capital cost) งดการลงทุนที่ต้องจ่ายจากเงินบำรุงในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติ  ระดับ 7 ยกเว้นได้รับความเห็นชอบจากเขต หากมีความจำเป็น  4)การใช้ข้อมูล ในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร(บุคลากร งบประมาณ วัสดุ) ให้คุ้มค่าเมื่อเทียบกับผลงา(performance) ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุน  5)การศึกษาดูงาน งดการศึกษาดูงานในต่างจังหวัดในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ยกเว้นงานนโยบาย  6)การตรวจสอบแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ  7)รายงานหน่วยบริการที่มีปัญหาในการส่งข้อมูลทางบัญชีไม่ทันเวลาต่อคณะกรรมการวางแผนและ  ประเมินผลทุกเดือน  8)จัดทีมลงตรวจเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน:**  1.มีคณะกรรมการการเงินการคลัง กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลังทุกไตรมาส  2.มีการวิเคราะห์ข้อมูล และแจ้งกลับหน่วยบริการในการจัดทำแผนป้องกันสภาวะเสี่ยงทุกไตรมาส  3.ลงพื้นที่ หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาวะเสี่ยงทางการเงิน และหามาตรการในการช่วยเหลือ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน:**  การจัดทำบัญชีที่ยังไม่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้ ข้อมูลทางบัญชีไม่สามารถสะท้อนสถานะทางการเงินของหน่วยบริการได้อย่างแท้จริงและบุคลากรด้านการเงินและบัญชีส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดทำบัญชียังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และขาดทักษะด้านการจัดทำบัญชีบริหารซึ่งจำเป็นในด้านการบริหารการเงินการคลัง | | |
| **ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานต่อไป:** การบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ควรมีผู้ที่เชี่ยวชาญทางด้านการเงินการคลังเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยบริการในการแก้ไขภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลัง | | |
| **หลักฐานอ้างอิง:**  1. รายงานสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาล  2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการCFO  3. รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ  4. แผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ | | |

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด**: **16. สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ | **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางขนิษฐา นาสุข | |
| **โทรศัพท์**:085-005-9938 | **โทรศัพท์**: 084-792-1234 | |
| **คำอธิบาย :** สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน:** จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาล 20 แห่ง มี  -สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย=22.50% (เป้าหมาย Quick Win = 26%)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย | ร้อยละ 41.17 | ร้อยละ  23.53 | ร้อยละ 35.00 | -17.64 | 11.47 | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ไม่เกินร้อยละ30 | ไม่เกินร้อยละ 29 | ไม่เกินร้อยละ 28 | ไม่เกินร้อยละ 27 | ไม่เกินร้อยละ 26 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | สถานบริการเกินเกณฑ์เฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย | 10 | ร้อยละ 22.50 | 5 | 10 | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ:**  1)แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ  2)หน่วยบริการทุกแห่ง ได้มีการจัดทำแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย (Planfin) ปีงบประมาณ 2559  3)จัดอบรมพัฒนาคุณภาพบัญชี และประชุมชี้แจงให้มีความเข้าใจในการจัดทำบัญชี การจัดทำต้นทุน  พร้อมทั้งออกตรวจสอบคุณภาพบัญชี  4)กำกับ ติดตาม การดำเนินงานการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุม  ทุกเดือน เพื่อ ชี้แจง ติดตามงาน ร่วมกันระหว่างจังหวัดและอำเภอ ผู้เข้าประชุมจากอำเภอ ได้แก่ หัวหน้าบริหารจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ  5)คณะกรรมการ มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตลอดจนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาจากการวิเคราะห์รายงานทางการเงินต่างๆเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้กำหนดมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมีดังนี้  มาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง  1)ระบบคลังวัสดุ (Material stock) ให้มีระบบจัดซื้อจัดจ้างที่เหมาะสม และจัดทำต้นทุนวัสดุ  2)กำลังคน (Manpower) จัดอัตรากำลังบุคลากรที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรให้คุ้มค่า ให้มีผลผลิตการปฏิบัติงานทุกวัน  3)งบลงทุน (Capital cost) งดการลงทุนที่ต้องจ่ายจากเงินบำรุงในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติ  ระดับ 7 ยกเว้นได้รับความเห็นชอบจากเขต หากมีความจำเป็น  4)การใช้ข้อมูล ในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ทรัพยากร(บุคลากร งบประมาณ วัสดุ) ให้คุ้มค่าเมื่อเทียบกับผลงาน(performance) ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุน  5)การศึกษาดูงาน งดการศึกษาดูงานในต่างจังหวัดในโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน  ยกเว้นงานนโยบาย  6)การตรวจสอบแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ  7)รายงานหน่วยบริการที่มีปัญหาในการส่งข้อมูลทางบัญชีไม่ทันเวลาต่อคณะกรรมการวางแผนและ  ประเมินผลทุกเดือน  8)จัดทีมลงตรวจเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน:**  1.มีคณะกรรมการการเงินการคลัง กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลังทุกไตรมาส  2.มีการวิเคราะห์ข้อมูล และแจ้งกลับหน่วยบริการในการจัดทำแผนป้องกันสภาวะเสี่ยงทุกไตรมาส  3.ลงพื้นที่ หน่วยบริการที่มีปัญหาสภาวะเสี่ยงทางการเงิน และหามาตรการในการช่วยเหลือ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน:**  ปัญหา การจัดทำบัญชีที่ยังไม่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชีไม่สามารถสะท้อนสถานะทางการเงินของหน่วยบริการได้อย่างแท้จริง และบุคลากรด้านการเงินและบัญชีส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดทำบัญชียังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และขาดทักษะด้านการจัดทำบัญชีบริหารซึ่งจำเป็นในด้านการบริหารการเงินการคลัง | | |
| **ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานต่อไป:**การบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ควรมีผู้ที่เชี่ยวชาญทางด้านการเงินการคลังเป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยบริการในการแก้ไขภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลัง | | |
| **หลักฐานอ้างอิง:**  1. รายงานสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาล  2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการCFO  3. รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ  4. แผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ | | |

**แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ**

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 17. หน่วยงานที่ประกาศเจตนารมณ์มีการดำเนินการตามแผนเสริมสร้างองค์กรคุณธรรม** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นพ.ปิติ ทั้งไพศาล | **ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ | |
| **โทรศัพท์**: 08-1873-7922 | **โทรศัพท์**: 08-4600-5565 | |
| **คำอธิบาย : องค์กรคุณธรรม** เป็นการดำเนินงานทั้งใน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการดำเนินงาน 5 ระดับ | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**  จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับนโยบายขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรม โดยปี 2558 ได้ดำเนินการขยายผลให้กับ โรงพยาบาลทุกแห่ง และได้ผลตอบรับการดำเนินงาน ทั้ง 20แห่ง และรวมถึงการพัฒนาคุณธรรม ใน สสจ.ร้อยเอ็ด และในปี 2559 ได้ขยายผลให้กับ สสอ. และ รพ.สต. ดำเนินการขับเคลื่อนร่วมเพื่อเป็นเครือข่ายองค์กรคุณธรรมอย่างยั่งยืน แต่ยังพบว่าบางหน่วยงานยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ นโยบายของผู้นำองค์กร,การประกาศอัตลักษณ์,การจัดทำแผนและการดำเนินตามแผน และการพัฒนาต่อยอด จังหวัดร้อยเอ็ด จึงวางกรอบในการพัฒนางาน เพื่อให้เกิดตามเป้าหมาย  สรุปผลการดำเนินงาน  1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนโรงพยาบาล/องค์กรคุณธรรมจริยธรรม ประกอบด้วย  1.1 คณะที่ปรึกษา  1.2 คณะทำงานชมรมจริยธรรม  1.3 คณะทำงานพัฒนาบุคลากรด้านคุณธรรมจริยธรรม  1.4 คณะทำงานฝ่ายสารสนเทศ  1.5 คณะทำงานประสานงานและเลขานุการ  1.6 คณะทำงานฝ่ายเหรัญญิก  1.7 คณะทำงานสถานที่/โสตทัศนูปกรณ์/ประชาสัมพันธ์  2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงพยาบาล/องค์กรคุณธรรมจริยธรรม ทั้งจังหวัด โดยมีขั้นตอนดังนี้  2.1 ประชุมมอบนโยบาย และปรับกระบวนทัศน์ผู้บริหาร/ผู้นำ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพร้อมกันทุกหน่วยงาน  2.2 ขับเคลื่อนงานตามแนวทาง 6 ขั้นตอน ดังนี้  ขั้นตอนที่ 1 ปลุก : ความคิดให้ทุกคนเห็นความสำคัญ (พูดคุย บรรยาย ดูงาน)  ขั้นตอนที่ 2 ประมวล: พฤติกรรมองค์กรที่ 1.ชอบ/อยากให้มีและ2.ไม่อยากให้มี จากทุกคน ทุกระดับขององค์กร และสรุปร่วมกัน  ขั้นตอนที่ 3 เปลี่ยน: จากพฤติกรรม เป็นทางแก้ โดยเลือกระบุคุณธรรม3ข้อที่จะใช้แก้ปัญหาร่วมกัน  ขั้นตอนที่ 4 แปลง :จากคุณธรรม 3ประการเป็นแนวทางปฏิบัติของแต่ละหน่วยแต่ละคนในรูปตาราง  ขั้นตอนที่ 5 ประกาศ: ปฏิญญา ก่อนลงมือ ปฎิบัติ ลงมือทำในหน่วยในเวลา1ปี ประชุมทุก3เดือน  ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล: จากแต่ละหน่วยในรอบปี ดูภาพรวม และวางแผนปีต่อไป  2.3 ติดตามกำกับงานโดยคณะกรรมการ  ซึ่งในปี 2559 ไตรมาส 1 มีผลการดำเนินงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จะดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคุณธรรม จังหวัดร้อยเอ็ด, สสอ. 4 แห่ง ได้มอบนโยบายโดยการจัดประชุมขับเคลื่อนแผนงานคุณธรรม และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ ,สสอ. 1 แห่ง ได้แก่ โพนทอง มีการประชุมขับเคลื่อน ,มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ, และสรุปอัตลักษณ์ และดำเนินการจัดทำ MOU ขยายผลสู่ รพ.สต. 20 แห่ง ในสังกัด อำเภอโพนทอง | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | |  |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  - การสื่อสารระหว่างเครือข่าย ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง- | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  - ไม่มี - | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  -รายงานผลการดำเนินงาน | | |

**แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ**

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 18. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA)** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นายประจวบ จำลองเพ็ง | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**:นายนิติกร พุทธลา | |
| **โทรศัพท์**:๐๙๘๕๘๕๑๙๔๒ | **โทรศัพท์**: 0981039964 | |
| **คำอธิบาย :**  การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวความคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment)ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินกรโดยสำนักงาน ป.ป.ช. แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมินดังกล่าวได้จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่เป็นคำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูล เอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน  องค์ประกอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสเป็นการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้   1. ความโปร่งใส (Transparency) 2. ความพร้อมรับผิดชอบ (Accountability) 3. คุณธรรมการให้บริการของหน่วยงานหรือปัญหาการทุจริตคอร์รัปชั่นในองค์กร (Integrity in Service Delivery) 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)   **เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละ ๗๕ ของหน่วยงานในสังกัด มีการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณธรรมและความโปร่งใสผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ในระดับค่าคะแนน ๖๐ คะแนนขึ้นไป | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) |  |  |  |  |  | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**  **ส่วนที่ 1** จัดเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity & Transparency Assessment)  **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  การประเมินเป็นการดำเนินงานครั้งแรก ซึ่งในช่วงไตรมาสแรก อยู่ระหว่างการทำความเข้าใจตัวชี้วัด แบบฟอร์ม หลักเกณฑ์การประเมิน ยังไม่มีการประเมินให้คะแนนตามรายละเอียดตัวชี้วัด | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด มีผลการดำเนินงานระดับความโปร่งใส ร้อยละ ๗๒.๕ คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงาน สามารถเป็นแบบอย่างแก่หน่วยงานในสังกัดได้ | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  การประเมินมีหลักเกณฑ์การประเมินหลายด้าน และเป็นตัวชี้วัดที่ดำเนินการครั้งแรกซึ่งหน่วยงานระดับอำเภอ จะต้องศึกษาและดำเนินการประเมินตามพยานหลักฐาน ซึ่งต้องใช้เวลาในการศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมิน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินครั้งแรก | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและขยายผลการดำเนินการให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับมีการประเมินและดำเนินงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  หลักฐานการดำเนินงานเชิงประจักษ์ของหน่วยงาน ตามแบบการประเมินและคู่มือการดำเนินงานของ สำนักงาน ปปช. | | |

**แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ**

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 19. จังหวัดมีมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาร่วมกัน** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** | |
| **โทรศัพท์:** | **โทรศัพท์มือถือ :** | |
| **คำอธิบาย :**  **การจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ฯ** หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขตของยาและเวชภัณฑ์ที่นอกเหนือจากยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557  **เวชภัณฑ์ฯ** หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุเอ๊กซเรย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์  **เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละ 20 | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | จังหวัดมีมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาร่วมกัน |  |  |  |  |  | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | |  |  |  |  |   **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | จังหวัดมีมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาร่วมกัน |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :** | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :** | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 20. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ ที่กำหนด ระดับดีขึ้นไป** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นางมาลา สรรพวุธ | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**:นายวีรพล ศรีทอง | |
| **โทรศัพท์**:08 7865 4400 | **โทรศัพท์**: 08 7945 9864 | |
| **คำอธิบาย :**  **จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ** หมายถึง  จังหวัดได้มีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 5 เรื่อง ได้แก่  (1) มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  (2) มีกลไกของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)  (3) มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน  (4) มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ถูกต้องตามกฎหมาย  (5) มีการส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**  **ระบบข้อมูล**  1.พัฒนาฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับด้านสุขภาพKPI :สสจ. มีฐานข้อมูลและ สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ยังไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด อยู่ในระหว่างติดตามข้อมูล  2.มีการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ  -เฝ้าระวังในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ (โรงไฟฟ้าชีวมวล5 แห่ง)  ตรวจวัดคุณภาพอากาศที่ปล่อง และในบรรยากาศ เฝ้าระวังโรคที่เกิดจากมลพิษทางอากาศจากระบบรายงานโรคของจังหวัด  **ระบบป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง**  1.รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อได้ตามกฎหมายติดเชื้อตามกฎหมายร้อยละ 100  2.ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการประกอบกิจการให้ได้มาตรฐาน โดยมีมติจาก อสธจ. ให้มีการออกข้อกำหนดท้องถิ่นให้ครอบคลุมและมีมติให้ อปท. ทุกแห่งพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 ใน 4 ประเด็น ที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูลและการจัดการมูลฝอย และมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าพนักงานท้องถิ่นและเจ้าพนักงานสาธารณสุข  **ระบบบริการ**  **1.** การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงโดยพัฒนางาน Env.Occ.Unit ใน โรงพยาบาลร้อยเอ็ดทั้งนี้ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้จัดตั้งคลินิกโรคจากการประกอบอาชีพอยู่แล้ว อยู่ในระหว่างดำเนินการบูรณาการในเรื่องEnv.Occ.Unit  **ระบบบริหารจัดการ**  ใช้มาตรการด้านกฎหมายสาธารณสุขในระดับจังหวัด อสธจ. มีมติในการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ดังนี้  1.พัฒนาบุคลากรที่มีอำนาจหน้าที่ตามพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (จัดอบรม 2 ครั้ง)  2.ให้ท้องถิ่นจังหวัดเร่งรัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดท้องถิ่นให้ครอบคลุมและให้ อปท. สมัครเข้าร่วมพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 ใน 4 ประเด็น ที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล  2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อปท. มีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน  : ปี 2558 จังหวัดร้อยเอ็ด มีอปท. สมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 17 แห่ง ได้รับการประเมินทั้ง 17 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ทุกแห่ง  3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนตระหนักรู้และ มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการจัดการปัญหาระดับพื้นที่ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ1 ชุมชน บ้านหนองนาสร้าง พื้นที่รอบโรงไฟฟ้าชีวมวล  4.การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรูปแบบคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงฯ คณะกรรมการ 3ฝ่าย (ประชาชน รัฐ ผู้ประกอบการ)  5.การกำกับ ติดตาม และประเมินผลผ่านคณะกรรมการ 3 ฝ่าย โดยมีการประชุมติดตาม ทุกเดือน  **สรุปผลการดำเนินงาน**  1. มีการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)  2. มีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม ใน อปท.ทุกแห่ง อยู่ในระหว่างติดตามข้อมูล  3. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้แก่เจ้าพนักงานท้องถิ่น และเจ้าพนักงานท้องถิ่น ครบทุกแห่ง  4. ระบบการประเมิน การนิเทศติดตาม ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานผู้ช่วยอนุกรรมการสาธารณสุขเพื่อทำหน้าที่ประเมินและนิเทศติดตามการดำเนินงานตามพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของ อปท. | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนนที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | |  |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ผ่านคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และระบบนิเทศติดตามประเมินผล พัฒนาและสร้างต้นแบบในการดำเนินงาน ประกาศเกียรติคุณเชิดชูผลงาน | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  นโยบายของผู้บริหาร ความพร้อมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และคณะทำงานผู้ช่วยอนุกรรมการฯ งบประมาณดำเนินการ ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  บุคลากรในส่วนสาธารณสุขทุกระดับยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญ และยังมีมุมมองที่เห็นเป็นหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการโดยตรง ระบบยังไม่เข้มแข็ง กำลังคนน้อย | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  เนื่องจากการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีภารกิจดำเนินการโดยตรงตามอำนาจหน้าที่ได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นว่าการขับเคลื่อนน่าจะเริ่มต้นจากหน่วยงานบังคับบัญชาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้กำหนดนโยบาย และมีตัวชี้วัด เป้าหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :** | | |

**แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ**

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 21. ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ได้ (โรคไข้เลือดออก)** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นพ.บุญมี โพธิ์สนาม | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**: 1. นางสาวสุภาภรณ์ มิตรถานนท์  2. นายประดิษฐ์ ศิริสอน | |
| **โทรศัพท์**:081-8720731 | **โทรศัพท์**: 081-2626466 , 081-2609970 | |
| **คำอธิบาย :**  1. ควบคุมโรคได้ หมายถึง ร้อยละ 70 ของ ตำบล.ในแต่ละอำเภอ สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 2 รุ่น (2 เท่าของระยะฟักตัวยาวที่สุดของโรค) ของการระบาด นับจากวันที่พบผู้ป่วยรายแรกของแต่ละเหตุการณ์ (ผู้ป่วยที่พบห่างกันเกิน 4 สัปดาห์ขึ้นไป ให้ถือเป็นเหตุการณ์ใหม่)  2. โรคติดต่อที่สำคัญ หมายถึง โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบการระบาดทุกปี คือ โรคไข้เลือดออก (2 รุ่น เท่ากับ 28 วัน)  3. อำเภอ หมายถึง ทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 อำเภอ รพ.สต. ทั้งหมด 229 แห่ง  **เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละ 50 | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**  จากการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด พบการระบาดอย่างต่อเนื่องเกือบทุกปี สำหรับสถานการณ์ในปี 2558 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2558 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 2,015 ราย เสียชีวิต 1 ราย (อ.เมยวดี) อัตราป่วย 153.98 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.05 พบผู้ป่วย 20 อำเภอ 185 ตำบล 887 หมู่บ้าน จำนวนผู้ป่วยมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ร้อยละ 49.3 และมากกว่าปี 2557 ในช่วงเวลาเดียวกัน 5.01 เท่าอัตราป่วยอยู่ใน ลำดับที่ 42 ของประเทศ ลำดับที่ 8 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็น ลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 7  สำหรับข้อมูลผลการดำเนินงานในรอบ 3 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2559 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2558 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 562 ราย เสียชีวิต 1 ราย พบผู้ป่วย 20 อำเภอ 147 ตำบล สามารถควบคุมโรคได้ภายใน 28 วัน จำนวน 15 อำเภอ คิดเป็น ร้อยละ 75.0   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ได้ (โรคไข้เลือดออก) | - | - | 15.0 | - | 75.0 | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | - | - | ร้อยละ 50 |   **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ได้ (โรคไข้เลือดออก) |  | ร้อยละ 75 | 5 |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  ๑. วิเคราะห์สถานการณ์โรค ประจำสัปดาห์ ประจำเดือน แจ้งรายงานข้อมูลให้กับพื้นที่รับทราบเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้ทันท่วงที  2.สนับสนุนด้านวิชาการ สนับสนุนการสอบสวนควบคุมโรค ร่วมกับพื้นที่กรณีการระบาดหรือเสียชีวิต ในรูปแบบ outbreak conference on the job training  3. พัฒนาศักภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรค ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ดำเนินการควบคุมโรคให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ อบรมการการพ่น การซ่อมบำรุง ดูแลรักษาเครื่องพ่นสารเคมี  4. พัฒนาศักยภาพทีม SRRT ระดับอำเภอ / ตำบล ให้ได้ตามมาตรฐาน  5. การสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้เกิดความตระหนักและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในในการป้องกันโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม  6. นิเทศ ติดตาม กำกับ การดำเนินงานเพื่อเป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง  7. ด้านการดูแลรักษาพยาบาล จัดระบบการดูแลรักษา การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเสียชีวิต | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  ๑.ผู้บริหารให้ความสำคัญ**และ**กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัด  มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน กำหนดให้โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดที่ทุกอำเภอต้องมีการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่อง  ๒.การขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) และอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน  3. การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค  4. การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ : ความเข้มแข็งเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล / อำเภอ  ๔. การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  ๑.การเคลื่อนย้ายของประชากร ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคได้  ๒.ความล่าช้าของการเฝ้าระวังและควบคุมโรค  ๓.ประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค  4.ความต่อเนื่องและความครอบคลุมในการดำเนินกิจกรรม  5.เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและวัสดุเคมีภัณฑ์ | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  - การสร้างขวัญและกำลังในการปฏิบัติงานแก่ทีมงานในพื้นที่  - การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคเครือข่ายในชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค  - การสร้างความตระหนักของประชาชนในพื้นที่ ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านตนเองอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรการ 3 เก็บ เก็บบ้าน เก็บน้ำ เก็บขยะ | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  ๑. รายงานผลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รายงาน 506 จากโปรแกรม R 506  ๒. รายงานการสอบสวนโรค | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอนดำเนินงาน** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด :** .**22. มีแผนรองรับภัยพิบัติ** | | |
| **ผู้กำกับดูตัวชี้วัด**: นายบุญมี โพธิ์สนาม | **ผู้จัดเก็บข้อมูล**:นายสำราญ อนุเวช | |
| **โทรศัพท์**:๐๘๑ ๘๗๒ ๐๗๓๑ | **โทรศัพท์**: ๐๘๙ ๑๘๖ ๘๓๑๖ | |
| **คำอธิบาย :**  **แผนรองรับภัยพิบัติ** หมายถึง แผนแม่บทและแผนแสดงขั้นตอนการปฏิบัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของจังหวัด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด จัดทำขึ้นภายใต้กรอบนโยบายเตรียมความพร้อมแห่งชาติ นโยบายการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ครอบคลุมทั้งก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย พร้อมทั้งแผนการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ (Disaster Risk Reduction) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับการบริหารจัดการและเตรียมความพร้อมและโต้ตอบภาวะฉุกเฉินโนโรคและภัยสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งหมายถึงส่วนราชการและหน่วยงานในระดับจังหวัด มีการดำเนินงานตามกลไกลและขั้นตอนการบริหารจัดการสาธารณภัย ให้สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยขั้นตอนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน มี ๕ ขั้นตอน และวิธีการประเมินผลให้ค่าคะแนน ให้ตามการดำเนินงานของขั้นตอน และระดับการดำเนินงานและความคาดหวังของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส  **เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละ 100 | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  | | --- | --- | | ระดับคะแนน | การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 | | 1 | หน่วยงานมีการจัดทำกรอบโครงสร้างการบัญชาเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน | | 2 | หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง และพัฒนาแผนรองรับภัยพิบัติแบบบูรณาการกรอบนโยบายและการประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง | | 3 | หน่วยงานมีการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PEOC) และฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะตามกรอบ SOP ของผู้ปฏิบัติงานตามกลุ่มต่างๆ | | 4 | หน่วยงานมีการฝึกซ้อมแผนแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานในจัหวัดและเขตสุขภาพ | | 5 | หน่วยงานการถอดบทเรียน และเผยแพร่ข้อมูลเอกสาร เพื่อเป็นแนวทางคู่มือปฏิบัติงาน | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ | | ขั้นตอนที่ ๑ | ผ่านขั้นตอนที่ ๑  ดำเนินการขั้นตอนที่ ๒ | ขั้นตอนที่ ๑-๒  ดำเนินการขั้นตอนที่ ๓ | ขั้นตอนที่ ๑-๓  ดำเนินการขั้นตอนที่ ๔ | ขั้นตอนที่ ๑-๔  ดำเนินการขั้นตอนที่ ๕ | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนนที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | 22. มีแผนรองรับภัยพิบัติ |  | ๒ | ๒ |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  1.หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านภัยพิบัติ และสาธารณภัยด้านต่างๆ ของจังหวัด  2.หน่วยงานมีการจัดทำโครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน และกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับกลุ่มงาน ฝ่าย ในหน่วยงาน และประสานหน่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อบริหารจัดการสาธารณภัย ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1.เอกสารวิชาการและนวทางการดำเนินงานที่ชัดจน โดยยึดจากแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ เอกสารการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ และแผนแม่บทการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๓ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคู่มือ (Toolkit) การลดความเสี่ยงภัยพิบัติ (สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน)  2.ความพร้อมในการประสานงานของหน่วยงานเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภายใต้องค์การ และหน่วยประสานงาน | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  รูปแบบโครงสร้างการบริหารงาน ในหน่วยงานไม่ชัดเจน และยังไม่เป็นเอกภาพในการบริหารจัดการ เป็นอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของงานในหน่วยงานแยกความรับผิดชอบแต่ละภัยพิบัติ และงานที่เฝ้าระวังและเตือนภัยแต่ละภัยแยกออกจากงานหลัก ซึ่งมีความหลากหลายงาน ไม่มีความเป็นเอกภาพการบริหารจัดการ สั่งการ | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  ควรจัดโครงสร้างงานส่วนภูมิภาค เพื่อรองรับการถ่ายทอดภาระกิจจากส่วนกลาง | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  เอกสารแผนเตรียมความพร้อมด้านแพทย์และสาธารณสุข กรณีภัยพิบัติ จังหวัดร้อยเอ็ด | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอนดำเนินงาน** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 23.ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายบุญมี โพธิ์สนาม | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นายมานิตย์ ทวีหันต์ | |
| **โทรศัพท์:** **:**๐๘๑-๘๗๒-๐๗๓๑ | **โทรศัพท์มือถือ :** ๐๘๙-๕๗๗-๕๔๔๔ | |
| **คำอธิบาย :**  **งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ** หมายถึง การดำเนินงานควบคุม กำกับ ดูแลหรือเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือบริการสุขภาพ รวมถึงการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือสถานบริการสุขภาพ  ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคนับวันจะมีความสำคัญ เพราะมีประชาชนที่ได้รับผลกระทบจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้เจ็บป่วยและเสียชีวิต ซึ่งการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภค จะต้องมีกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้ จึงได้กำหนดให้มีกลไกการดำเนินงานขึ้นเป็น ๕ ระดับ  **เกณฑ์** ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  | | --- | --- | | ระดับคะแนน | การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 | | 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | | 4 |  | | 5 |  | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนนที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับเขต |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ** :  ๑. จัดทำแผนปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ระดับจังหวัด  ๒. ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน เป้าหมายและตัวชี้วัด ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ลงสู่ระดับอำเภอ  ๓ รวบรวมแผนปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคจากทุกอำเภอ  ๔ ติดตาม ให้คำแนะนำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงานของทุกอำเภอ | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  1. งานคุ้มครองผู้บริโภค ได้ถูกกำหนดเป็น ๑ ในงานสาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดการยกระดับการทำงานขึ้น  2. ประชาชน ภาคีเครือข่าย ให้ความตระหนักและสนใจในการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้น | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  1.รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมให้บุคลากรทุกระดับได้เข้ามาปฏิบัติงาน มาตรการหลายอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่มีประสิทธิภาพ  2.ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ ยังไม่กล้าที่จะดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยเกรงความไม่พอใจจากผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการคุ้มครองผู้บริโภค | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :** | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :** | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอนดำเนินงาน** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 24. ประชากรกลุ่มเสี่ยง 40 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจ Ultrasound และตรวจยืนยัน OV/CCA** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** | |
| **โทรศัพท์:** | **โทรศัพท์มือถือ :** | |
| **คำอธิบาย :** | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  | | --- | --- | | ระดับคะแนน | การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 | | 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | | 4 |  | | 5 |  | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ประชากรกลุ่มเสี่ยง 40 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจ Ultrasound และตรวจยืนยัน OV/CCA |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :** | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :** | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอนดำเนินงาน** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 25. ตรวจค้นพยาธิใบไม้ในตับกลุ่ม 15 ปี ขึ้นไป** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** | |
| **โทรศัพท์:** | **โทรศัพท์มือถือ :** | |
| **คำอธิบาย :** | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  | | --- | --- | | ระดับคะแนน | การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 | | 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | | 4 |  | | 5 |  | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ตรวจค้นพยาธิใบไม้ในตับกลุ่ม 15 ปี ขึ้นไป |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :** | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :** | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : 26. ให้บริการผ่าตัดรักษา** | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** | |
| **โทรศัพท์:** | **โทรศัพท์มือถือ :** | |
| **คำอธิบาย :** | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | ให้บริการผ่าตัดรักษา |  |  |  |  |  | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | |  |  |  |  |  | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | ให้บริการผ่าตัดรักษา |  |  |  |  | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :** | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :** | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :** | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :** | | |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ** |

| **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)** | | **☒ รอบ 3 เดือน**  **❑ รอบ 6 เดือน** |
| --- | --- | --- |
| **❑ รอบ 9 เดือน**  **❑ รอบ 12 เดือน** |
| **ชื่อตัวชี้วัด : อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๒๐เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๕๔ – ๒๕๕๘**) | | |
| **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นางสาวยุวดี วานิชชัง | **ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นายประดิษฐ์ ศิริสอน | |
| **โทรศัพท์:** ๐๘ ๖๒๒๖ ๘๓๘๑ | **โทรศัพท์มือถือ :** ๐๘ ๑๒๖๐ ๙๙๗๐ | |
| **คำอธิบาย :**  **คำอธิบาย :**  อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2554-2558) ตามปีปฏิทิน  **1. โรคไข้เลือดออก** หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS)  **2.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก** หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม 2559 X 100,000 / จำนวนประชากรกลางปี 2559  **3. ค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี** หมายถึง ค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับข้อมูลอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายเดือน (มกราคม-วันประเมิน) ตั้งแต่ปี 2554 -2558 ตามปีปฏิทิน  **4. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน** หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 เดือน X 100,000 / จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน  **5. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง** หมายถึงจำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คนลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามเกณฑ์ที่กำหนด  **สูตรการคำนวณ**  ๑. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๕๙  **=** จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเดือนมกราคม – ธันวาคม 2559 X 100,000  จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๕๙  2. ค่ามัธยฐานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ย้อนหลัง 5 ปี  = ค่ามัธยฐานของอัตราป่วย 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2554-2558 : ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2559)  3. ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน  **= (**ข้อ 1 – ข้อ 2)**x** 100(ค่าที่ได้อาจมีเครื่องหมายติดลบ\*)  ข้อ 2  \* เครื่องหมาย – (ติดลบ) หมายถึงการลดลง  + (บวก) หมายถึง เพิ่มขึ้น | | |
| **ข้อมูลผลการดำเนินงาน :**  จังหวัดร้อยเอ็ด พบปัญหาการระบาดไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง กระจายอยู่ในทุกอำเภอ ๒๐ อำเภอ ๑๘๕ ตำบล ๘๖๒ หมู่บ้าน โดยมีรายงานตั้งแต่ ๑ มกราคม ถึง ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๘ มีรายงานผู้ป่วย จำนวน ๑,๙๔๘ ราย มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๔๘.๘๖ ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๕ จำนวนผู้ป่วย ปี ๒๕๕๘ เพิ่มจากค่ามัธยฐาน ๕ ปี ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ ๓๖.๙๔ และมากกว่าปี ๒๕๕๗ ในช่วงเวลาเดียวกัน ๔.๘ เท่า อัตราป่วยสะสมตั้งแต่ต้นปี อยู่ลำดับที่ ๔๒ ของประเทศ ลำดับที่ ๙ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นลำดับที่ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๗   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | **ร้อยละที่เพิ่มขึ้น**  **(ร้อยละ)** | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2558 | 2559 | | อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๒๐เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๕๔ – ๒๕๕๘) | ๓๑๗.๑๕ | ๓๐.๑๙ | ๑๔๘.๘๖ | ลดลง  ๗3.46 | เพิ่มขึ้น  ๓๖.๙๔ | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับ 1** | **ระดับ 2** | **ระดับ 3** | **ระดับ 4** | **ระดับ 5** | | ≤๔ | <๘ | <๑๒ | <๑๖ | ≥๒๐ | | | |
| **การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน**  **ประกอบตัวชี้วัด** | **น้ำหนัก**  **(ร้อยละ)** | **ผลการดำเนินงาน** | **ค่าคะแนน**  **ที่ได้** | **ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก** | | อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๒๐ เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๕๔ – ๒๕๕๘) | ๓ | ๕ | ๑๕ | ๓ | | | |
| **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**  **คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ:**  ๑. วิเคราะห์สถานการณ์โรค ประจำสัปดาห์ ประจำเดือน แจ้งรายงานข้อมูลให้กับพื้นที่รับทราบเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้ทันท่วงที  ๒. ติดตามการดำเนินงานกรณีพบการผิดปกติ เช่น พบการระบาดอย่างต่อเนื่อง หรือ กรณีโรคที่ต้อง เฝ้าระวังตามระบบรายงานโรค  ๓. สนับสนุนด้านวิชาการ กรณีได้รับการประสานงาน และสิ่งสนับสนุนอื่น (ที่มี)  ๔. นิเทศ ติดตาม กำกับ การดำเนินงานเพื่อเป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดในทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง  ๕. พัฒนาศักภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรค ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ดำเนินการควบคุมโรคให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ อบรมการการพ่น การซ่อมบำรุง ดูแลเครื่องพ่นยุง  ๖. จัดประชุมศูนย์ปฏิบัติการรวมพลังเอาชนะไข้เลือดออกจังหวัด | | |
| **ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**  ๑.มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน กำหนดให้โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดที่ต้อง เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มี KPI ในระดับจังหวัดที่ชัดเจน (ข้อ ๑๒)  ๒.การผลักดันด้านงบประมาณ ในการป้องกัน ควบคุมและติดตามการดำเนินงาน  ๓.การดำเนินงานเชิงบูรณาการ มีภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย  ๔.การสนับสนุนจากกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | | |
| **อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**  ๑.การเคลื่อนย้ายของประชากร ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคได้  ๒.ความล่าช้าของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในทุกระดับ  ๓.ประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค  ๕.ความต่อเนื่องและความครอบคลุมในการดำเนินกิจกรรม  ๖.ความเข้มแข็งของทีมงาน  ๗.เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและวัสดุเคมีภัณฑ์ | | |
| **ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**  การสร้างขวัญและกำลังในการปฏิบัติงานแก่ทีมงาน ไม่ใช่บทลงโทษ เพราะการดำเนินงานมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง หลายภาคส่วน บุคลากรที่มีความจำกัดไม่สามารถทำได้ในทุกอย่างที่ดีที่สุดได้ | | |
| **หลักฐานอ้างอิง :**  ๑.รายงานผลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง ๕๐๖  ๒.หนังสือแจ้งติดต่อประสานงาน/สั่งการ | | |