



แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (2566 - 2570) โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์



ปีงบประมาณ 2567

งานยุทธศาสตร์และแผนงาน

กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์



วิสัยทัศน์ (VISION)

โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่ผู้รับบริการพึงพอใจ
ผู้ให้บริการมีความสุข ภายในปี 2570



พันธกิจ (MISSION)

- 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2 พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ
- 3 พัฒนาบุคลากร เครือข่าย และภาคีสุขภาพ





คำนิยาม

K

Knowledge Management
เน้นการจัดการความรู้

A

Attention
ใส่ใจยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

N

Norm
ยึดมั่นในจรรยาบรรณและจรรยาบรรณวิชาชีพ

D

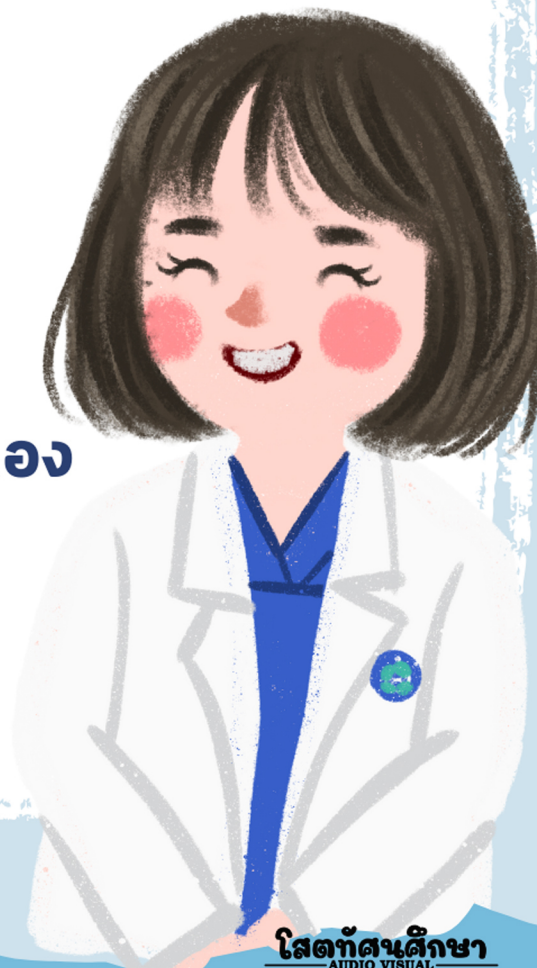
Data
ทำงานโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน

I

Improvement
ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

T

Team Work
ทำงานเป็นทีม



ผังโครงสร้างหน่วยงานของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ

สำหรับส่วนราชการในราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์



นายเอกชัย มุกดาพิทักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์



นางอุไรวรรณ แก้วพิชัย
หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์



นางพรพรรณ ตั้งวงศ์
หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม



นางดวงจันทร์ กอธวัช
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล



นางกิงแก้ว ลิ้มสุวรรณ
หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม



นางวิรดา คำเนตร
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชและคุ้มครองผู้บริโภค



นายดุริยางค์ วาสนา
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์



นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป



นางสาวชฎานิศ มามีวัฒนะ
หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา



นางยุวดี สุปันตี
หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์



นางสาวสุริษา อยู่ทองอ่อน
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



นางสาวเบญจมาภรณ์ จันทรปาน
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู



นางสาวกริชญา บุรินทร์กุล
หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด

๑๐๕๖
 ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๗
 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
 เลขที่.....
 วันที่..... ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๗
 อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี ๘๕๑๖๐
 ๑๕.๔๕๖



ที่ สฎ ๐๐๓๒,๓๐๖/๓๖๘

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ต.พลาญราษฎร์ ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๗
 อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี ๘๕๑๖๐

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติแผนกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ฉบับปรับปรุงประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน ๑ เล่ม

ด้วยโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้จัดทำแผนกลยุทธ์ประจำปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ (ฉบับปรับปรุงปีงบประมาณ ๒๕๖๗) ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒) ด้านการพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ และ ๓) การพัฒนาบุคลากร เครือข่าย และภาคีสุขภาพ โดยกระบวนการจัดทำแผนได้นำนโยบายของรัฐบาล ทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัด และสภาพปัญหาสาธารณสุขของ อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มาเป็นกรอบในการจัดทำแผนกลยุทธ์ ซึ่งใช้รูปแบบ การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งผู้บริหาร นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จึงได้จัดทำเล่มแผนกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ฉบับนี้ขึ้น

ในการนี้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้จัดทำเล่มแผนกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๗๐ (ฉบับปรับปรุงปีงบประมาณ ๒๕๖๗) เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติแผนกลยุทธ์ ดังรายละเอียดที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นพ.สุรศักดิ์
 -รพ.กาญจนดิษฐ์ ขอเสนอ
 แผนกลยุทธ์
 -เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
 ๕.๑.๖๗

(นายเอกชัย มุกดาพิทักษ์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

งานยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ
 โทร. ๐ ๗๗๒๕ ๕๔๓๘ ต่อ ๑๑๙
 โทรสาร ๐ ๗๗๓๗ ๙๑๓๘

(นายจิรชาติ เรืองวัชรินทร์)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำนำ

จากแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้ถูกขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ซึ่งการจัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (2566-2570) โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ (ฉบับปีงบประมาณ 2567) ในครั้งนี้ได้วางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพโรงพยาบาลทุติยภูมิมิระดับกลางให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน 2) ด้านการบริหารความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพและภัยคุกคาม และ 3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กระบวนการจัดทำแผนได้นำนโยบายของรัฐบาล ทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัด และสภาพปัญหาสาธารณสุขของอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มาเป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โดยใช้รูปแบบการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จึงได้จัดทำเล่มแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (2566-2570) โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ (ปีงบประมาณ 2567)

นายเอกชัย มุกดาพิทักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
27 กุมภาพันธ์ 2567

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปอำเภอกาญจนดิษฐ์	1
ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขพื้นที่	11
ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ	16
วิสัยทัศน์/พันธกิจ/แผนที่กลยุทธ์	22
ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด	23

รายละเอียดตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 1 : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม	31
เป้าประสงค์ที่ 2 : G2 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	58
เป้าประสงค์ที่ 3 : G3 การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน	62
เป้าประสงค์ที่ 4 : G4 ผู้รับบริการพึงพอใจ	107
เป้าประสงค์ที่ 5 : G5 การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพ	113
เป้าประสงค์ที่ 6 : G6 การบริหารแผนงาน การติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ	135
เป้าประสงค์ที่ 7 : G7 การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ	141
เป้าประสงค์ที่ 8 : G8 การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ	149
เป้าประสงค์ที่ 9 : G9 การบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ	156
เป้าประสงค์ที่ 10 : G10 เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง	167
เป้าประสงค์ที่ 11 : G11 องค์กรแห่งการเรียนรู้	184
เป้าประสงค์ที่ 12 : G12 บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน	190
เป้าประสงค์ที่ 13 : G13 การจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี	196
เป้าประสงค์ที่ 14 : G14 Smart Hospital	202

ภาคผนวก

ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด/การพัฒนารายปี โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566-2570	208
แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566	214
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis)	218
ผลการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)	222
กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ (Goal)	229
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์	232

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

แผนที่อำเภอ



1. ประวัติศาสตร์

ประวัติความเป็นมา อำเภอกาญจนดิษฐ์เป็นเมืองเก่าแก่มากแต่โบราณ คาดว่ามีมาตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ 18-19 ปรากฏในตำนานเมืองนครศรีธรรมราชว่า พระพนมวังและนางเสด็จทองซึ่งสร้างเมืองนครศรีธรรมราช ให้เจ้าศรีราชาชบุตร ไปปกครองสร้างไร่นาที่เมืองสะอูเลา อันเป็นเมือง 12 นักษัตริย์ของเมืองนครศรีธรรมราช ต่อมาเจ้าศรีราชาก็ได้เป็นพญาศรีธรรมราชไศกราชครองเมืองนครศรีธรรมราชสืบต่อมา ซึ่งเมืองสะอูเลา (ชื่อเมืองสะอูเลาก็ปรากฏในกฎมณเฑียรบาลด้วย) นี้ตำนานเมืองนครศรีธรรมราช หมายว่าเป็น “เมืองท่าทอง” ซึ่งเป็นชื่อเดิมของอำเภอกาญจนดิษฐ์

จากหลักฐานทางโบราณคดี เชื่อได้ว่าตัวเมืองกาญจนดิษฐ์ ได้มีการย้ายมาหลายครั้งแล้ว ครั้งแรกตั้งบ้านเมืองอยู่ที่บริเวณตำบลท่าทอง (ท่าอูเท) เพราะมีวัดเก่าอยู่เป็นจำนวนมาก เมื่อเสียเมืองแก่พม่าคราวพระเจ้าประดุกษัตริย์พม่าแต่งกองทัพมาตีหัวเมืองปักษ์ใต้ของไทย เมืองท่าทองคงถูกทำลายและผู้คนหลบหนีไปหมด ผู้ปกครองในขณะนั้นเห็นเหลือที่จะบูรณะได้จึงย้ายไปอยู่ริมคลองกะแตซึ่งเป็นที่ตั้งอำเภอกาญจนดิษฐ์ในปัจจุบัน (สมเด็จพระนเรศวรมหาราช ทรงสันนิษฐานว่าการย้ายเมืองครั้งนี้คงจะไปสร้างเมืองครั้งแรกที่บ้านเขาน้อยก่อน) ต่อมาในรัชกาลที่ 2 ประมาณปี พ.ศ. 2336 ก็ได้ย้ายเมืองที่ท่าทองไปอยู่ริมชายคลองท่าเพชร (ต่อมาเปลี่ยนเป็น คลองท่าทองใหม่) ชาวบ้านนิยมเรียกเมืองใหม่ว่า “ท่าทองใหม่” ในสมัยรัชกาลที่ 4 เมื่อเจ้าพระยามนทร (น้อย) เจ้าเมืองนครศรีธรรมราชถึงแก่กรรม จึงโปรดเกล้าให้ย้ายเมืองท่าทองไปตั้งที่บ้านดอนแล้วพระราชทานนามว่า “เมืองกาญจนดิษฐ์” เพราะมีผู้คนหนาแน่นกว่า พร้อมทั้งยกฐานะเป็นเมืองจัตวา ขึ้นตรงต่อกรุงเทพมหานคร ฯ สมัยเมื่อตั้งมณฑลเมืองกาญจนดิษฐ์ ได้รวมอยู่ในมณฑลเมืองชุมพร และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นเมืองไชยา ชื่อเมืองกาญจนดิษฐ์เลยหายไป ในสมัยรัชกาลที่ 6 เมื่อมีการสร้างทางรถไฟสายใต้ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าฯ ทรงพระราชดำริว่า ต่อไปเมืองจะย้ายไปอยู่ที่ท่าข้ามที่รถไฟผ่าน จึงพระราชทานนาม “ท่าข้าม” ว่า “สุราษฎร์ธานี” ครั้นเมื่อมีการจัดระเบียบการปกครองใหม่เป็นรูปจังหวัด อำเภอ ก็เอานาม สุราษฎร์ธานีมาเป็นชื่อจังหวัด สมเด็จพระนเรศวรมหาราชเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย กล่าวว่าชื่อกาญจนดิษฐ์จะหายไป จึงตรัสสั่งให้เรียกเมืองเก่าว่า “อำเภอกาญจนดิษฐ์” และย้ายเมืองกลับไปตั้งที่ริมคลองกะแต เช่นเดิม และคงอยู่จนปัจจุบันนี้ คำว่า “กาญจนดิษฐ์” ปัจจุบันเดิมใช้ว่า “กาญจนดิฐ” ซึ่งแปลว่า ท่าทอง อันเป็นชื่อเดิม แต่เมื่อราชบัณฑิตยสถานได้ออกประกาศว่าด้วยชื่อหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ในปี พ.ศ. 2440 ก็เปลี่ยนชื่อเป็น “กาญจนดิษฐ์” ซึ่งแปลไปอีกความหมายหนึ่งแต่ก็ได้ใช้เรื่อยมาจนปัจจุบัน

2. ที่ตั้ง

อำเภอกาญจนดิษฐ์ ตั้งอยู่ที่ทิศตะวันออกของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตัวที่ว่าการอำเภอตั้งอยู่หมู่ที่ 1 บ้านกะแต ถนนกาญจนดิษฐ์ ตำบลกะแต อำเภอกาญจนดิษฐ์ ห่างจากตัวจังหวัดตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 401 เป็นระยะทาง 18 กิโลเมตร. มีพื้นที่ทั้งหมด 873.539 ตารางกิโลเมตร (545,961.87 ไร่) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาญจนดิษฐ์ ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 ตำบลกะแต ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลกาญจนดิษฐ์ และโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ตั้งอยู่หมู่ที่ 9 ตำบลพลาญวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์

2.1 อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อ่าวไทย
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อำเภอสิชล + อำเภอนพพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อ. ดอนสัก จ. สุราษฎร์ธานี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอเมือง ฯ และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2 ลักษณะภูมิประเทศ

โดยทั่วไปเป็นที่ราบสลับกับคลื่นลอนลาดเล็กน้อยจนถึงคลื่นลอนชัน มีแนวเทือกเขาอยู่ทางตอนใต้และตะวันออกเฉียงใต้ของอำเภอ เช่น เขาหัวช้าง เขาขี้มวน เขาใหญ่ เขาไฟไหม้ เขารอยคน ซึ่งเป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติ ทางด้านเหนือของอำเภอเป็นพื้นที่แถบชายทะเลที่ติดต่อกับอ่าวบ้านดอน ซึ่งเป็นชายเลนที่เหมาะสมต่อการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ ตอนกลางเป็นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การทำนา เพาะปลูก ตอนในสุดเป็นที่ราบสูงและป่าเขาเหมาะแก่การทำสวนยางพาราและสวนผลไม้

2.3 ลักษณะภูมิอากาศ

พื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ ได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือที่พัดผ่านอ่าวไทย และมรสุมตะวันออกเฉียงใต้จากมหาสมุทรอินเดีย จึงมีลักษณะอากาศแบบมรสุมเขตร้อน (Tropical monsoon climate) และมีฤดูฝนยาวนานระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม และฤดูร้อนตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน ซึ่งอากาศจะร้อนจัดระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน โดยมีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 1,700 - 1,800 มม./ ปี และอุณหภูมิเฉลี่ย 32.2 องศาเซลเซียส

3. ประชากร

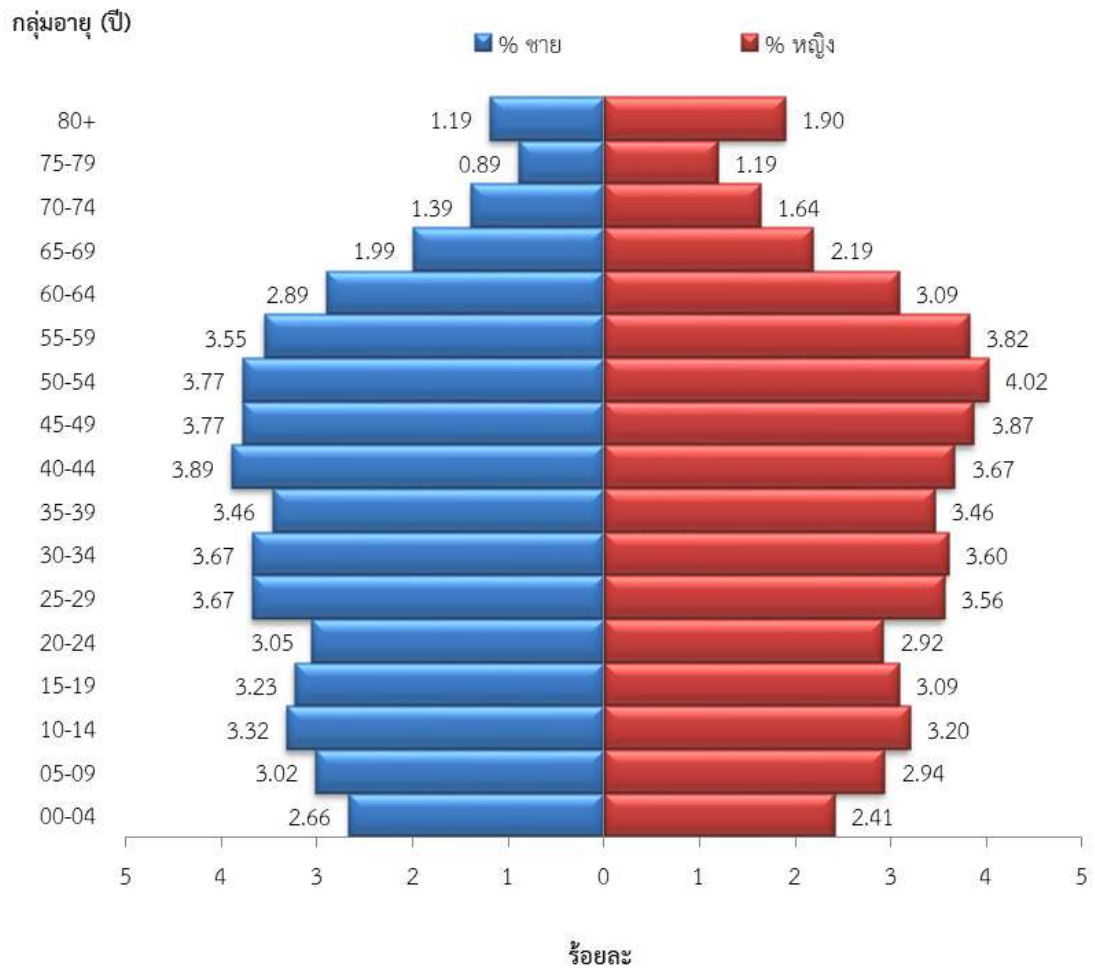
อำเภอกาญจนดิษฐ์ มีประชากร (ตามทะเบียนราษฎร์) ทั้งสิ้น 102,646 คน แยกเป็นชาย 50,735 คน หญิง 51,911 คน ซึ่งเป็นอำเภอที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี รองจากอำเภอเมือง ฯ ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยประมาณ 117.51 คนต่อตารางกิโลเมตร จำนวนหลังคาเรือน (ตามทะเบียนราษฎร์) 44,406 หลังคาเรือน เฉลี่ยประชากร 2.31 คน / หลังคาเรือน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ประชากร				รวม	ร้อยละ
	ชาย		หญิง			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ		
0 - 4	2,735	5.39	2,473	4.76	5,208	5.07
5 - 9	3,098	6.11	3,015	5.81	6,113	5.96
10 - 14	3,406	6.71	3,285	6.33	6,691	6.52
15 - 19	3,317	6.54	3,168	6.10	6,485	6.32
20 - 24	3,133	6.18	2,999	5.78	6,132	5.97
25 - 29	3,772	7.43	3,657	7.04	7,429	7.24
30 - 34	3,772	7.43	3,698	7.12	7,470	7.28
35 - 39	3,552	7.00	3,553	6.84	7,105	6.92
40 - 44	3,996	7.88	3,766	7.25	7,762	7.56
45 - 49	3,868	7.62	3,973	7.65	7,841	7.64
50 - 54	3,869	7.63	4,124	7.94	7,993	7.79
55 - 59	3,644	7.18	3,926	7.56	7,570	7.37
60 - 64	2,970	5.85	3,171	6.11	6,141	5.98
65 - 69	2,042	4.02	2,250	4.33	4,292	4.18
70 - 74	1,423	2.80	1,680	3.24	3,103	3.02
75 - 79	916	1.81	1,223	2.36	2,139	2.08
80 ขึ้นไป	1,221	2.41	1,951	3.76	3,172	3.09
รวม	50,734	100.00	51,912	100.00	102,646	100.00

ที่มา : ทะเบียนราษฎร์ อำเภอกาญจนดิษฐ์ ณ 1 กรกฎาคม 2566

แผนภูมิโครงสร้างประชากร
อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ปีงบประมาณ 2565



ที่มา : ทะเบียนราษฎร อำเภอกาญจนดิษฐ์ ณ 1 กรกฎาคม 2566

4. การปกครอง อำเภอกาญจนดิษฐ์มีการปกครองดังนี้

4.1 การปกครองท้องที่

แบ่งการปกครองออกเป็น 13 ตำบล 117 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้าน อพป. 5 หมู่บ้าน

ตารางที่ 2 เขตการปกครอง จำแนกรายตำบล / ลักษณะหมู่บ้าน / ประชากร / หลังคาเรือน และขนาดพื้นที่

ลำดับ	ตำบล	จำนวน								พื้นที่ (ตร. กม.)
		ลักษณะหมู่บ้าน			ประชากร			หลังคาเรือน		
		ปกติ	อพป.	รวม	ชาย	หญิง	รวม	เทศบาล	อบต.	
1	ท่าทองใหม่	5	-	5	2,894	3,024	5,918	2,771		19.26
2	ทุ่งกง	5	-	5	3,258	3,410	6,668		3,912	25.67
3	ทุ่งรัง	5	-	5	2,242	2,185	4,427		1,924	30.13
4	ตะเคียนทอง	7	-	7	3,076	3,196	6,272		2,451	19.69
5	ท่าทอง	9	-	9	2,784	2,758	5,542		2,519	41.59
6	ท่าอูแท	13	-	13	5,301	5,468	10,769		5,039	110.55
7	พลายวาส	9	-	9	3,676	3,699	7,375		3,655	49.22
8	กรูด	10	-	10	5,017	5,171	10,188	3,844		83.08
9	ป่าร้อน	9	-	9	4,039	4,036	8,075		2,903	170.37
10	คลองสระ	10	-	10	3,315	3,333	6,648		2,971	114.46
11	ช้างซ้าย	12	-	12	5,549	5,607	11,156	4,070		133.39
12	ช้างขวา	9	5	9	5,079	5,131	10,210	3,440		57.35
13	กะแดะ	9	-	9	4,505	4,893	9,398	4,907		18.78
รวม		112	5	117	50,735	51,911	102,646	19,032	25,374	873.54

ที่มา : ทะเบียนราษฎร์ , สํารวจข้อมูลประจำปีงบประมาณ 2566

4.2 การปกครองท้องถิ่น

มีหน่วยการปกครองท้องถิ่น 3 รูปแบบ ประกอบด้วย เทศบาล 5 แห่ง (เทศบาล ต.กาญจนดิษฐ์, เทศบาล ต.ท่าทองใหม่, เทศบาล ต.ช้างซ้าย, เทศบาล ต.ช้างขวา และเทศบาล ต.กรูด) ส่วนอำเภอกาญจนดิษฐ์ และ อบต. 9 แห่ง

ตารางที่ 3 ข้อมูลหน่วยการปกครองท้องถิ่น อำเภอกาญจนดิษฐ์

หน่วยการปกครอง	เทศบาลตำบล กาญจนดิษฐ์	เทศบาลตำบล ท่าทองใหม่	เทศบาลตำบล ช้างซ้าย	เทศบาลตำบล ช้างขวา	เทศบาลตำบล กรูด	อบต. จำนวน 9 ตำบล
พื้นที่ (ตร.กม.)	18.78	6.42	133.39	57.35	83.08	574.52
จำนวนหมู่บ้าน	9	2	12	14	10	70
จำนวนหลังคาเรือน	4,721	3,217	3,039	2,970	2,586	22,849
จำนวนประชากร	9,470	7,236	11,200	11,027	9,949	60,230

4.3 หน่วยงานราชการส่วนกลาง ในพื้นที่มีดังนี้

1. สถานีและพัฒนาทรัพยากรป่าชายเลนที่ 7
2. สถานีพัฒนาที่ดินสุราษฎร์ธานี
3. ศูนย์ขยายเมล็ดพันธุ์ข้าวสุราษฎร์ธานี
4. วิทยาลัยเทคนิคกาญจนาภิเษก
5. ศูนย์บริการการศึกษานอกกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
6. ศูนย์วิจัยและพัฒนาประมงชายฝั่งสุราษฎร์ธานี
7. หน่วยป้องกันและรักษาป่าสุราษฎร์ธานีที่ 12
8. หน่วยป้องกันและรักษาป่าสุราษฎร์ธานีที่ 18
9. หน่วยป้องกันและรักษาป่าสุราษฎร์ธานี ที่ 20
10. ศูนย์วิจัยปาล์มน้ำมันสุราษฎร์ธานี
11. ศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยีการสหกรณ์ที่ 19
12. สำนักชลประทานที่ 15
13. สำนักงานสรรพากรพื้นที่
14. สถานีตำรวจภูธรกาญจนาภิเษก
15. สำนักงานที่ดินจังหวัดสุราษฎร์ธานี สาขากาญจนาภิเษก

4.4 หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค ในพื้นที่มีดังนี้

1. ที่ทำการปกครองอำเภอกาญจนาภิเษก
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
3. สำนักงานเกษตรอำเภอ
4. สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ
5. สำนักงานปศุสัตว์อำเภอ
6. สำนักงานประมงอำเภอ
7. สัสดีอำเภอ
8. ท้องถิ่นอำเภอ

4.5 หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ในพื้นที่มีดังนี้

1. การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จำนวน 1 แห่ง
2. ประปาส่วนภูมิภาค จำนวน 1 แห่ง

5. การเมือง

- 5.1 การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร
อำเภอกาญจนาภิเษก อยู่ในเขตเลือกตั้งที่ 2 มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (สส.) ได้ 1 คน
- 5.2 การเลือกตั้งสมาชิกสภาจังหวัดสุราษฎร์ธานี
อำเภอกาญจนาภิเษก แบ่งเขตเลือกตั้งเป็น 4 เขต มีสมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) ได้ 4 คน
- 5.3 การเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาล
อำเภอกาญจนาภิเษก มีเขตเทศบาลตำบล 5 เขต มีสมาชิกสภาเทศบาล (สท.) ได้ 60 คน
- 5.4 การเลือกตั้งสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
อำเภอกาญจนาภิเษก มีเขต อบต. 70 เขต มีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล(ส.อบต.) ได้ 140 คน

6. ทรัพยากรธรรมชาติ

6.1 **ลำคลอง** อำเภอกาญจนาภิเษก มีแม่น้ำลำคลองหลายสาย แต่ลำคลองส่วนใหญ่จะมีน้ำในบางฤดูเท่านั้น
ลำคลองที่สำคัญ ๆ ได้แก่

1. **คลองกะแต** ต้นน้ำเกิดจากเขาภูวนเฒ่า , เขาทุ่งคาโรง , เขาขุนห้วย ซึ่งเป็นเทือกเขาบรรทัดอยู่ในเขตจังหวัด

นครศรีธรรมราช ลำน้ำไหลจากทิศใต้ขึ้นไปทางทิศเหนือ ไหลผ่านตำบลปาร์อน ตำบลช้างซ้าย ตำบลกะแต ไหลลงอ่าวบ้านดอนที่บริเวณปากน้ำกะแต ของตำบลกะแต รวมความยาวลำน้ำประมาณ 62 กิโลเมตร

2. **คลองท่าทอง** ต้นน้ำเกิดจากเขาปลายคราม เขาคีโหมด ซึ่งเป็นเทือกเขาบรรทัดอยู่ในเขตตำบลปากแพรก อำเภอดอนสักและตำบลปาร์อน อำเภอกาญจนาภิเษก ลำน้ำไหลจากทิศตะวันออกเฉียงเหนือไหลผ่านตำบลปาร์อน อ.กาญจนาภิเษก ตำบลปากแพรก ตำบลไชยคราม อำเภอดอนสัก แล้วไหลลงอ่าวบ้านดอนที่ปากน้ำท่าทอง ตำบลท่าทอง อ.กาญจนาภิเษก ความยาวลำน้ำประมาณ 55 กิโลเมตร

3. **คลองท่าทองใหม่** เกิดจากเขาในตำบลทุ่งกง ไหลผ่านตำบลทุ่งกง ตำบลท่าทองใหม่ ไหลออกทะเลที่อ่าวบ้านดอน กว้างประมาณ 80 เมตร ยาวประมาณ 8 กิโลเมตร เดิมเรียกคลองท่าเพชร เมื่อเมืองท่าทองย้ายมาตั้งริมฝั่ง ลำน้ำนี้ก็เปลี่ยนชื่อคลองตามไปด้วย

นอกจากนี้ภายในพื้นที่ตำบลต่าง ๆ ยังมีลำห้วย ลำคลองขนาดเล็กอีกหลายสายกระจายอยู่ทั่วไป ทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและที่ขุดขึ้น แต่ส่วนใหญ่มีสภาพตื้นเขินและขาดน้ำในหน้าแล้ง

6.2 **ป่าไม้** สภาพป่าไม้ของอำเภอกาญจนาภิเษกค่อนข้างสมบูรณ์ มีลักษณะเป็นป่าดงดิบชื้น มีไม้ชนิดต่างๆ เช่น ไม้ยาง โคนแหลม ยุง ตะเคียนทราย เสียดรับ ฯลฯ โดยแบ่งเป็นประเภทของป่าไม้ดังนี้

1. ป่าสงวนแห่งชาติ จำนวน 3 ป่า พื้นที่รวมทั้งหมด 508,821.50 ไร่ ได้แก่
 - ป่าสงวนแห่งชาติป่าไชยครามและป่าวัดประดู่ แปลงที่ 1 เนื้อที่ 280,340 ไร่ อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกรูด ตำบลป่าร้อน ตำบลท่าอุแท และพื้นที่ตำบลปากแพรก อำเภอดอนสักอีกส่วนหนึ่ง
 - ป่าสงวนแห่งชาติป่าไชยครามและป่าวัดประดู่ แปลงที่ 2 เนื้อที่ 106,744 ไร่ อยู่ในตำบลช้างซ้าย และตำบลป่าร้อน อำเภอกาญจนดิษฐ์
 - ป่าสงวนแห่งชาติป่าทุ่งรัง ควบเสียดบกโกฟ้าและคลองงซัง เนื้อที่ 121,735.50 ไร่ อยู่ในตำบลทุ่งรัง ตำบลช้างขวา ตำบลกรูด และตำบลป่าร้อน อำเภอกาญจนดิษฐ์
2. อุทยานแห่งชาติ จำนวน 2 แห่ง คืออุทยานแห่งชาติไทร้มเย็น (พื้นที่ทั้งหมด 265,625 ไร่ อยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านนาสาร อำเภอเวียงสระ และอำเภอกาญจนดิษฐ์) เฉพาะพื้นที่ในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ จำนวน 32,500 ไร่ อยู่ในเขตตำบลช้างซ้าย และอุทยานแห่งชาติสีซิด มีพื้นที่ทั้งหมด 365,625 ไร่
3. สวนป่า จำนวน 1 แห่ง คือ สวนป่ากาญจนดิษฐ์ (ขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้) พื้นที่ 2,500 ไร่ อยู่ในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์และอำเภอดอนสัก
4. ป่าชายเลน ซึ่งอยู่ในเขตตำบลพลายวาส ตำบลกะแดะ ตำบลตะเคียนทอง และตำบลท่าทอง พื้นที่ประมาณ 3,906 ไร่

6.3 ทรัพยากรด้านการท่องเที่ยว อำเภอกาญจนดิษฐ์มีแหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจหลายแห่ง ทั้งที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวตามธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวทางโบราณสถานโบราณวัตถุ ซึ่งมีศักยภาพที่จะดึงดูดความสนใจของนักท่องเที่ยวให้เข้ามาเที่ยวชมได้หากได้รับการพัฒนา นอกจากความสวยงามของแหล่งท่องเที่ยวแล้ว อำเภอกาญจนดิษฐ์ยังมีข้อได้เปรียบอื่น ๆ เช่น อยู่ใกล้ตัวเมืองสุราษฎร์ธานี และเป็นทางผ่านไปสู่แหล่งท่องเที่ยวสำคัญของจังหวัด คือ เกาะสมุย และเกาะพะงัน ซึ่งนักท่องเที่ยวสามารถแวะเที่ยวได้โดยสามารถไป-กลับได้ภายในวันเดียว แหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ ได้แก่

6.3.1 แหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์และเชิงศาสนา

1. ถ้ำคูหา อยู่ที่วัดคูหา ตำบลช้างขวา ห่างจากทางหลวงหมายเลข 401 เพียง 2 กิโลเมตร เป็นถ้ำเก่าแก่ที่มีชื่อเสียงมาแต่โบราณ ภายในถ้ำมีลายดินเหนียวเป็นรูปประสาธและยักษ์ ซึ่งเป็นศิลปะสมัยทวารวดี อายุรุ่น พ.ศ. 1100 – 1600 ทั้งเป็นถ้ำ ที่เคยพบพระดินดิบดินสุกสมัยทวารวดีและศรีวิชัยอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีพระพุทธรูปไสยาสน์องค์หนึ่ง ยาว 4 วา เป็นประธานและมีพระพุทธรูปประทับนั่งปูนปั้นรอบผนังถ้ำทั้งซ้ายขวา ภายในมีหินงอก หินย้อย และมีการจัดงานประเพณีเป็นประจำทุกปีในวันตรุษไทย
2. วัดพระพุทธรูปบาทศรีสุราษฎร์ อยู่ที่บ้านเขาต่อ หมู่ที่ 7 ตำบลท่าอุแท อยู่ห่างจากทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 401 ประมาณ 5 กิโลเมตร เป็นรอยพระพุทธรูปขนาดใหญ่อยู่บนไหล่เขาสูงประมาณ 120 เมตร และมีบันไดคอนกรีตสร้างถึงพระบาทแล้ว
3. ถ้ำเพชรพนมวัง อยู่หมู่ที่ 6 ตำบลป่าร้อน ค้นพบโดยพระธชชัย เจ้าสำนักสงฆ์เขาพนมวัง เป็นถ้ำที่มีความสวยงามวิจิตรการตาเป็นอย่างยิ่ง ปากถ้ำอยู่บนหน้าผาสูงจากระดับพื้นดินประมาณ 100 เมตร ภายในถ้ำมีขนาดกว้างใหญ่ มีลักษณะเป็นชั้น ๆ จำนวน 7 ชั้น แต่ละชั้นจะมีความสวยงามที่แตกต่างกัน มีทั้งที่เป็นหินงอก หินย้อย และที่เป็นประกายแวววาวเหมือนเพชร หากจะเที่ยวชมให้ทั่วต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
4. ถ้ำบ่อน้ำทิพย์ อยู่ที่บ้านคลองนา หมู่ที่ 6 ตำบลท่าอุแท ห่างจากทางหลวงแผ่นดินสายสุราษฎร์ธานี – นครศรีธรรมราช ประมาณ 3 กิโลเมตร ภายในถ้ำมีหินงอก หินย้อย เป็นรูปต่างๆ จำนวนมาก และมีบ่อน้ำร้อนซึ่งมีน้ำขังตลอดปี ชาวบ้านถือว่าเป็นน้ำบ่อน้ำทิพย์ที่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บได้
5. ถ้ำสวนปรางค์ (ถ้ำสันติธารา) อยู่ที่บ้านสวนปรางค์ หมู่ที่ 5 ตำบลคลองสระ เป็นถ้ำใหญ่กว้างขวาง อยู่ห่างจากทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 401 ประมาณ 40 กิโลเมตร
6. พระพุทธรูปทวดเขาพระนิมเทพนิมิต หมู่ที่ 1 ตำบลท่าทอง เส้นทางกาญจนดิษฐ์

6.3.2 แหล่งท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและเชิงอนุรักษ์

1. สถานที่ฝึกยิง หรือโรงเรียนสอนยิง ในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ มีอยู่ 2 แห่งด้วยกัน คือ แห่งที่ 1 ตั้งอยู่ริมทางหลวงหมายเลข 401 บริเวณกิโลเมตรที่ 5 – 6 ในเขตตำบลทุ่งกง และแห่งที่ 2 ตั้งอยู่ที่บ้านกะแดะแจะ หมู่ที่ 3 ตำบลตะเคียนทอง เป็นสถานที่ฝึกยิงให้รู้จักวิธีเก็บมะพร้าว ลิงที่จับมาฝึกส่วนมากเป็นลิงกังที่จับมาจากป่า หรือลิงที่มีผู้นำมาฝึก โดยใช้เวลาฝึกประมาณ 15 วัน นักท่องเที่ยวหรือผู้สนใจสามารถนำคณะเข้าชมได้ โดยแจ้งสถานที่ให้ทราบ และเสียค่าบริการตามสมควร

2. **ฟาร์มหอยนางรม** หอยนางรมที่เลี้ยงได้ดีมีคุณภาพมักจะเป็นหอยนางรมที่ได้มาจากปากคลองท่าทอง และปากคลองกะแตแจ๊ะ อำเภอกาญจนดิษฐ์ หอยนางรมที่ได้มาจากปากคลองนี้มีขนาดใหญ่ ตัวขาว นำรับประทาน มีรสชาติเป็นเลิศไม่มีกลิ่นคาว จนมีคำพูดติดปากว่า “แวะกินหอยแล้วค่อยไปเกาะ”

3. **ฟาร์มสเตย์** เป็นการล่องเรือริมฝั่งคลองกะแตแจ๊ะ ชมธรรมชาติสองฝั่งคลองสู่อ่าวบ้านดอน ชมวิถีชีวิตของชาวประมงและฟาร์มเลี้ยงหอยนางรม หอยแมลงภู่ รวมทั้งชมการสาธิตการเลี้ยงหอยนางรม นอกจากนี้เป็นฟาร์มหอยที่ขึ้นชื่อแล้วยังเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ที่สามารถเดินทางไปพักผ่อนและพักผ่อนได้ (สินมานะฟาร์มสเตย์)

นอกจากนี้ยังมีแหล่งท่องเที่ยวอื่นๆ อีก เช่น ถ้ำสร้อยทิพย์ ถ้ำเขาก่อง น้ำตกหนานช่องฟ้า น้ำตกหินลาด น้ำตกช้างตาย น้ำตกหินลาด น้ำตกภูริน บ่อน้ำร้อน เป็นต้น ซึ่งแหล่งท่องเที่ยวของอำเภอกาญจนดิษฐ์ส่วนใหญ่ยังคงสภาพธรรมชาติไว้เป็นอย่างดี และมีความสวยงามและมีศักยภาพในการดึงดูดนักท่องเที่ยวได้ ถ้าหากได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม จึงเหมาะแก่การใช้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ แต่เนื่องจากการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวส่วนใหญ่ยังเป็นไปด้วยความลำบาก แหล่งท่องเที่ยวหลายแห่งจึงยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย

7. โครงสร้างพื้นฐาน

7.1 **การคมนาคม** การคมนาคมในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ และการคมนาคมติดต่อกับอำเภออื่น ๆ มีเฉพาะทางรถยนต์สายหลัก คือทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 401 (สุราษฎร์ธานี-นครศรีธรรมราช) และ หมายเลข 44 (สุราษฎร์ธานี-กระบี่) สำหรับเส้นทางคมนาคมระหว่างตำบลและหมู่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นถนนลาดยางสลับถนนลูกรังเชื่อมต่อกัน ซึ่งมักประสบปัญหาด้านการคมนาคมในช่วงฤดูฝน เนื่องจากเส้นทางได้รับความเสียหายจากอุทกภัย

7.2 **การไฟฟ้า** ปัจจุบันอำเภอกาญจนดิษฐ์ ได้รับกระแสไฟฟ้าจากสถานีไฟฟ้าของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค 2 สถานี คือ สถานีไฟฟ้าบ้านดอน และสถานีไฟฟ้าชนอม โดยจ่ายกระแสไฟฟ้าให้ทุกตำบล จำนวน 117 หมู่บ้าน โดยครอบคลุม 100 % ของอำเภอกาญจนดิษฐ์

7.3 **การประปา** ปัจจุบันอำเภอกาญจนดิษฐ์มีการจัดบริการระบบประปา 1 แห่ง ซึ่งดำเนินการโดยการประปาส่วนภูมิภาค โดยสามารถให้บริการแก่ผู้ใช้น้ำในพื้นที่บางส่วนของ 6 ตำบล คือ ต.กะแตแจ๊ะ ต.พลาญวาส ต.ช้างขวา ต.ตะเคียนทอง ต.ทุ่งกง และ ต.ท่าทองใหม่ โดยนำน้ำจากคลองกระแตแจ๊ะมาผลิตเป็นน้ำประปา และมีท่อส่งน้ำจากการประปาส่วนภูมิภาค จังหวัดสุราษฎร์ธานีสนับสนุน สำหรับประชาชนที่อยู่นอกเขตบริการของการประปา ส่วนมากใช้น้ำสำหรับการอุปโภค-บริโภคจากประปาหมู่บ้าน น้ำจากบ่อน้ำตื้น บ่อบาดาลและลำคลองสายต่าง ๆ

7.4 **โทรคมนาคม** อำเภอกาญจนดิษฐ์ มีที่ทำการไปรษณีย์โทรเลข 2 แห่ง คือ เขตเทศบาลกาญจนดิษฐ์ และเขตเทศบาลท่าทองใหม่ มีชุมสายโทรศัพท์ประจำอำเภอ 1 แห่ง ตั้งอยู่ข้างที่ว่าการอำเภอกาญจนดิษฐ์

8. เศรษฐกิจ/อาชีพ

มีสถานประกอบการในเขตเทศบาล จำนวน 825 แห่ง นอกเขตเทศบาล จำนวน 1,403 แห่ง รวมทั้งสิ้น 2,228 แห่ง สถานีบริการน้ำมันขนาดใหญ่ จำนวน 6 แห่ง ขนาดเล็ก 35 แห่ง เหมืองแร่ จำนวน 7 แห่ง มูลนิธิ/สมาคม จำนวน 5 แห่ง โรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 89 แห่ง แยกเป็น ประเภท 3 จำนวน 79 แห่ง และประเภท 2 จำนวน 10 แห่ง

การใช้พื้นที่และการถือครองที่ดินทางการเกษตร จำนวน 402,533 ไร่ แยกเป็น เอกสารสิทธิ์ โฉนดที่ดิน/นส.3/ใบจอง/สปก. จำนวน 92 เพอร์เซ็นต์ ไม่มีเอกสารสิทธิ์ เข้าผู้อื่น รับจ้างนอง เข้าที่ดินของรัฐ จำนวน 8 เพอร์เซ็นต์

8.1 **การเกษตรกรรม** ประชาชนส่วนใหญ่ของอำเภอกาญจนดิษฐ์ประกอบอาชีพ ด้านเกษตรกรรมโดยมีอาชีพด้านเกษตรกรรม ประมาณร้อยละ 85 ของประชากร โดยมีการทำสวนยางเป็นอาชีพหลัก พืชรองได้แก่ ปาล์ม น้ำมัน มะพร้าว กาแฟ สวนผลไม้ ฯลฯ

8.2 **การประมงและธุรกิจต่อเนื่องจากการประมง** นับว่าเป็นอาชีพที่สำคัญของประชากรในอำเภอกาญจนดิษฐ์ และนับวันจะยิ่งทวีความสำคัญยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นอาชีพที่สร้างรายได้และชื่อเสียงให้แก่อำเภอกาญจนดิษฐ์ และจังหวัดสุราษฎร์ธานีด้วย และเป็นอาชีพที่สร้างงานให้แก่ราษฎรเป็นจำนวนมากเนื่องจากพื้นที่ 5 ตำบล ได้แก่ ต.ท่าทองใหม่ ต.ตะเคียนทอง ต.กะแตแจ๊ะ ต.พลาญวาส และตำบลท่าทอง ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับทะเลอ่าวไทย (อ่าวบ้านดอน) ซึ่งมีความยาวถึง 26 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยสัตว์น้ำนานาชนิด และเป็นแหล่งเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่สำคัญ จึงทำให้อำเภอกาญจนดิษฐ์มีศักยภาพในการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ โดยเฉพาะหอยนางรม การเลี้ยงกุ้งกุลาดำ และการเลี้ยงหอยแครง ซึ่งมีการเลี้ยงมากที่สุดของจังหวัด สุราษฎร์ธานี และทำรายได้ถึงปีละนับพันล้านบาท นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการประมงอีกมากมาย ได้แก่ แพปลา กิจการอนุบาลลูกกุ้ง กิจการค้าอาหารสัตว์น้ำ กิจการโรงงานแปรรูปสัตว์น้ำ โรงน้ำแข็ง เป็นต้น

ก. การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ ได้แก่ การเลี้ยงกุ้งกุลาดำ การเลี้ยงหอยนางรมและหอยแครง การเลี้ยงปลากระชัง ซึ่งการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่งสามารถทำรายได้ให้แก่อำเภอกาญจนดิษฐ์ ปีละหลายร้อยล้านบาท

- การเลี้ยงกุ้งกุลาดำ ได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา ปัจจุบันมีผู้เลี้ยงกุ้งกุลาดำในอำเภอกาญจนดิษฐ์ เป็นจำนวนมากบนเนื้อที่ประมาณ 15,508 ไร่ ปัจจุบันมีสหกรณ์นิคมกาญจนดิษฐ์เข้ามาส่งเสริมการเลี้ยงกุ้ง ตาม พรบ. จัดที่ดินเพื่อการครองชีพ พ.ศ. 2503 สมาชิกมากกว่า 500 ครอบครัว

- การเลี้ยงหอยนางรม นับว่าเป็นกิจการที่สร้างชื่อเสียงให้กับอำเภอกาญจนดิษฐ์และจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นอย่างมาก จนเป็นคำขวัญของจังหวัดสุราษฎร์ธานีว่า “ เมืองร้อยเกาะ เงาะอร่อย หอยใหญ่ ไข่แดง แหล่งธรรมะ “ หอยนางรมของอำเภอกาญจนดิษฐ์นับเป็นหอยที่มีคุณภาพที่ดีที่สุดในประเทศไทย โดยเริ่มทดลองเลี้ยงครั้งแรกในปี พ.ศ. 2503

- การเลี้ยงหอยแครง เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2531 ซึ่งได้ผลดีมาก ทางอำเภอจึงได้ส่งเสริมให้จัดตั้งเป็นกลุ่มและขอกู้เงินจาก ธกส. มาลงทุน ต่อมาได้มีนักธุรกิจสนใจมาลงทุนเลี้ยงหอยแครงกันมากขึ้น โดยในขั้นแรกได้มาขอซื้อแปลงเลี้ยงหอยนางรมที่เลี้ยงไม่ได้ผล (ที่ดิน) ทดลองเลี้ยงหอยแครงและได้ผลดีมากตลอดมา จนอาจกล่าวได้ว่าอำเภอกาญจนดิษฐ์มีผลผลิตหอยแครงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้รับอนุญาตเพื่อประกอบการเลี้ยงหอยแครง บนเนื้อที่ประมาณ 2,055 ไร่

- การเลี้ยงหอยแมลงภู่ ซึ่งเป็นผลพลอยได้มาจากการเลี้ยงหอยนางรม เนื่องจากหอยแมลงภู่มักจะมาเกาะกับวัสดุที่ใช้ในการเลี้ยงหอยนางรม ซึ่งทำให้เกษตรกรได้รายได้จากการเก็บหอยแมลงภู่ขาย ซึ่งมีถึงปีละประมาณ 1,000 ตัน แต่อย่างไรก็ตามหอยแมลงภู่กลับเป็นปัญหาต่อการเลี้ยงหอยนางรม เนื่องจากหอยแมลงภู่จะเกาะวัสดุที่ใช้เลี้ยงหอยนางรม ทำให้หอยนางรมไม่มาเกาะหรือเจริญเติบโตไม่เต็มที่

ข. การทำประมงทะเลและการทำประมงชายฝั่ง ส่วนใหญ่เป็นการทำประมงในบริเวณน้ำตื้น และใช้เครื่องมือขนาดเล็กทำการประมงสัตว์น้ำจำพวกกุ้ง ปลา เป็นต้น โดยมีอวนลากคานถ่าง,เรืออวนรุน และอวนลอย

ค. ธุรกิจที่ต่อเนื่องจากการประมง ซึ่งเป็นกิจการที่เอื้ออำนวยต่อการประมงทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีประเภทของธุรกิจ ดังนี้ 1.โรงงานทำกุ้งแห้ง 2.ค้าสินค้าสัตว์น้ำ 3.ท่าเทียบเรือขนาดเล็ก 4.บ่อนูบาลูกกุ้ง 5.ค้าอาหารสัตว์น้ำและเคมีภัณฑ์

8.3 การปศุสัตว์ การเลี้ยงสัตว์ในอำเภอกาญจนดิษฐ์ มีทั้งที่เป็นอาชีพหลักและอาชีพเสริม โดยเกษตรกรที่เลี้ยงเป็นอาชีพหลักส่วนใหญ่จะเป็นการเลี้ยงสุกรขุน สุกรแม่พันธุ์ และการเลี้ยงไก่เนื้อ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน (บริษัทเจริญโภคภัณฑ์) ในด้านเงินทุน พันธุ์สัตว์ อาหารสัตว์ และจัดหาตลาดรองรับ

8.4 การอุตสาหกรรม อำเภอกาญจนดิษฐ์ไม่มีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ อุตสาหกรรมส่วนใหญ่จะเกี่ยวเนื่องกับการเกษตรและการประมง และเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก จำนวนโรงงานในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ มีจำนวนประมาณ 34 โรง

8.5 การพาณิชย์กรรมและการบริการ เศรษฐกิจของอำเภอกาญจนดิษฐ์ขึ้นอยู่กับภาคเกษตร และการประมงเป็นหลัก โดยเฉพาะการเลี้ยงกุ้งกุลาดำ ซึ่งมีพื้นที่การเลี้ยงมากที่สุดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สภาวะเศรษฐกิจการค้าและการบริการจึงขึ้นอยู่กับกิจกรรมดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว การค้าและการบริการของอำเภอกาญจนดิษฐ์ขยายตัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากอยู่ใกล้ตลาดบ้านดอน และการคมนาคมสะดวก มีธนาคารพาณิชย์ตั้งอยู่ในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ ดังนี้ 1. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา 2.ธนาคารออมสิน 3.ธนาคารเพื่อการเกษตร (ธกส.) 4.ธนาคารไทยพาณิชย์ 5.ธนาคารกสิกรไทย 6. ธนาคารกรุงไทย

9. ด้านสังคม

9.1 ศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.00 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม และคริสต์ ร้อยละ 6.67 และ 0.33 ตามลำดับ มีวัดพุทธ จำนวน 33 แห่ง และมีสำนักสงฆ์ 3 แห่ง กระจายอยู่ทั่วไปทุกตำบล มีพระสงฆ์ 211 รูป สามเณร 65 รูป มีมัสยิด 11 แห่ง โบสถ์คริสต์ 2 แห่ง และศาลเจ้า 3 แห่ง

9.2 ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี อำเภอกาญจนดิษฐ์ เป็นอำเภอที่มีประวัติความเป็นมาอันยาวนาน และมีความเจริญรุ่งเรืองมาแต่อดีต จึงมีโบราณสถานโบราณวัตถุหลายแห่ง ซึ่งแสดงถึงร่องรอยของความเจริญแต่อดีต ที่สำคัญๆ ได้แก่วัดถ้ำ

คูหา ซึ่งเป็นถ้ำขนาดใหญ่สามารถเข้าไปชมได้สะดวก ภายในมีพระพุทธรูปอยู่เป็นจำนวนมาก ที่สำคัญคือ พระพุทธไสยาสน์องค์หนึ่งก่ออิฐถือปูน ยาวประมาณ 4 วา นอกจากนั้นยังมีพระนอนวัดเขาพระนันท พระพุทธรูปหินศิลาแลงวัดอุทธาราม พระโพธิสัตว์อวโลกิเตศวร ส่วนวัฒนธรรมทางประเพณีที่สำคัญ ได้แก่ ประเพณีแห่พระ (ชักพระ) ทอดผ้าป่า รับ-ส่งตายาย เป็นต้น

9.3 การศึกษา อำเภอกาญจนดิษฐ์ มีสถานศึกษากระจายอยู่ทั่วไปทั้งอำเภอ โดยมีการจัดการศึกษาตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษา จนถึงระดับอาชีวศึกษา ทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียน โดยในระบบโรงเรียน มีโรงเรียนทุกสังกัด จำนวน 79 โรงเรียน / นักเรียน / นักศึกษา 11,303 คน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนนักเรียน / นักศึกษา จำแนกรายสังกัด (ปีการศึกษา 2566)

สังกัด / ระดับ	จำนวนนักเรียน / นักศึกษา							หมายเหตุ
	ก่อน ประถม ศึกษา	ประถม ศึกษา (ป.1-ป.6)	ขยาย โอกาส (ม.1-ม.3)	มัธยม ศึกษา (ม.1-ม.3)	มัธยม ศึกษา (ม.4-ม.6)	ป.วิชาชีพ ขั้นต้น (ปวช.)	ป.วิชาชีพ ขั้นสูง (ปวส.)	
สังกัดประถมศึกษา	1,867	5,279	426		-	-	-	
สังกัดมัธยมศึกษา	174	456	242	1,455	725	-	-	
สังกัดอาชีวศึกษา	-	-				382	97	
รวม	2,041	5,735	868	1,455	725	382	97	(11,303)

ที่มา : สํารวจข้อมูลการศึกษาประจำปี 2565

- ที่อ่านหนังสือพิมพ์ จำนวน 57 แห่ง
- กลุ่มสนใจ / กลุ่มวิชาชีพ จำนวน 5 กลุ่ม
- ห้องสมุดประชาชน “เฉลิมราชกุมารี” จำนวน 1 แห่ง

ข้อมูลด้านทรัพยากรสาธารณสุข

1. สถานบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 5 จำนวนสถานพยาบาล / สถานบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน
ปีงบประมาณ 2566

ประเภทสถานบริการ	จำนวน
สถานบริการของรัฐ	
- โรงพยาบาลชุมชน	1 แห่ง / 120 เตียง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดใหญ่)	2 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดทั่วไป)	15 แห่ง
- ศูนย์สุขภาพชุมชน	1 แห่ง
สถานบริการของเอกชน	
- โรงพยาบาล	-
- คลินิกแพทย์ , ทันตแพทย์	7 แห่ง
- คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	25 แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันมีเภสัชกร (ขย.1)	16 แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจเสร็จ (ขย.2)	2 แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ (ขยบ.)	2 แห่ง

หมายเหตุ ข้อมูล ณ 31 ตุลาคม 2566

ตารางที่ 6 อัตราการครองเตียง ของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปีงบประมาณ 2562 - 2566

ชื่อโรงพยาบาล	ปีงบประมาณ					หมายเหตุ
	2562	2563	2564	2565	2566	
รพ.กาญจนดิษฐ์	103.69	102.84	113.58	119.74	127.5	

ที่มา : -ข้อมูลจากโปรแกรม HOSxPX ณ 31 ตุลาคม 2566

2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตารางที่ 7 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข / จำนวนเตียงผู้ป่วย ทั้งภาครัฐและเอกชน : ประชากร
ปีงบประมาณ 2567 แยกตามหน่วยงานสังกัด

บุคลากร	รพช. (คน)	สสอ. (คน)	รวมทั้งหมด (คน)	อัตราส่วน : ประชากร (1 :....)		
				อำเภอ	จังหวัด	ประเทศ
แพทย์	37	-	37	2,949	*	*
ทันตแพทย์	12	-	12	9,093	*	*
เภสัชกร	13	-	13	8,394	*	*
นักเทคนิคการแพทย์	9	-	9	12,124	*	*
พยาบาลวิชาชีพ	165	20	185	590	*	*
พยาบาลเทคนิค	2	-	2	54,560	*	*
จพ.สาธารณสุขชุมชน	2	12	14	7,794	*	*
จพ.ทันตสาธารณสุข	8	5	13	8,394	*	*
จพ.เภสัชกร	6	1	7	15,589	*	*
นักวิชาการสาธารณสุข	18	61	79	1,381	*	*
นักจัดการงานทั่วไป	2	-	2	54,560	*	*
จนท. อื่น ๆ						
- นักรังสีการแพทย์	2	-	2			
- นักการแพทย์แผนไทย/จพ.	5	14	19			
- นักกายภาพบำบัด/จพ.เวชกรรมฯ	7	1	8			
- จพ.การเงินและบัญชี	8	-	8			
- จพ.เวชกิจฉุกเฉิน	3	-	3			
- นักจิตวิทยา	2					
- นักวิชาการคอมพิวเตอร์	3					
- เจ้าหน้าที่อื่น ๆ โสต+เวชสถิติ	4	-	4			
- พนักงานราชการ	3	-	3			
- ลูกจ้างประจำ	12	-	12			
- ลูกจ้างชั่วคราว/พกส.	304	15	319			
รวม	627	129	756	-	-	-
เตียงผู้ป่วย	120	-	120			

ที่มา : ข้อมูลจำนวนบุคลากรอำเภอกาญจนดิษฐ์ ณ มีนาคม 2566

2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อ)

ตารางที่ 7 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ แยกตามประเภท และสัดส่วนต่อประชากร
ปีงบประมาณ 2567 แยกรายสถานบริการ

สถานบริการ	จำนวน หมุ่บ้ำ น	จำนวน หลังคา เรือน	จำนวน ประชากร	ประเภทบุคลากร								สัดส่วน จนท. : ปชก.
				พยาบา ล	นวก.ส ธ	จพ.สธ .	จพ.ทัน ตะฯ / นวก.สธ .	จพ. เภสัช	กาย ภาพ	แผน ไทย	รวม	
รพ.สต.ท่าทองใหม่	5	5,806	5,918	1	7	0	1	1	1	1	12	493.17
รพ.สต.ทุ่งกง	5	3,912	6,668	1	5	0	0	0	0	1	7	952.57
รพ.สต.ทุ่งรัง	5	1,924	4,427	1	3	1	0	0	0	1	6	737.83
รพ.สต.ตะเคียนทอง	7	2,451	6,272	1	4	0	1	0	0	1	7	896.00
รพ.สต.ท่าทอง	5	1,367	2,770	0	2	1	0	0	0	0	3	923.33
รพ.สต.ปากน้ำท่าทอง	4	1,152	2,772	0	3	1	1	0	0	1	6	462.00
รพ.สต.ท่าอุแท	5	1,981	4,385	0	3	1	0	0	0	1	5	877.00
รพ.สต.บ้านตัวอย่าง	8	3,058	6,384	2	2	0	0	0	0	1	5	1276.80
รพ.สต.พลาญวาส	9	3,655	7,375	2	2	2	0	0	0	1	7	1053.57
รพ.สต.กรูด	10	3,844	10,188	1	6	0	0	0	0	1	8	1273.50
รพ.สต.ป่าร้อน	4	865	2,144	1	1	2	0	0	0	0	4	536.00
รพ.สต.วังไทร	5	2,038	5,931	1	2	1	0	0	0	1	5	1186.20
รพ.สต.คลองสระ	10	2,971	6,648	2	4	0	0	0	0	1	7	949.71
รพ.สต.ช้างซ้าย	7	1,953	6,338	2	2	2	1	0	0	1	8	792.25
รพ.สต.กงตาก	5	2,117	4,818	1	4	0	0	0	0	0	5	963.60
รพ.สต.ช้างขวา	6	1,802	5,832	0	3	0	0	0	0	0	3	1944.00
รพ.สต.หัวหมากล่าง	3	1,638	4,378	0	5	1	0	0	0	1	7	625.43
ศสข.กะแดะ	9	4,907	9,398	4	3	0	1	0	0	1	9	1044.22
รวม	112	47,441	102,646	20	61	12	5	1	1	14	114	900

ที่มา : ข้อมูลจำนวนบุคลากรอำเภอกาญจนดิษฐ์ ณ ตุลาคม 2566

3. อาสาสมัครสาธารณสุข

ตารางที่ 8 จำนวนและความครอบคลุม ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อหลังคาเรือนและประชากร
ปีงบประมาณ 2566 แยกรายสถานบริการ

ลำดับ	สถานบริการ	จำนวน หลังคาเรือน (ทร.)	จำนวน ประชากร (ทร.)	จำนวน อสม. (คน)	ความครอบคลุม อสม. / หลังคาฯ (1 :)	ความครอบคลุม อสม. / ประชากร (1 :)	หมายเหตุ
1	รพ.สต.ท่าทองใหม่	5,882	12,843	195	30.16	65.86	
2	รพ.สต.ทุ่งกง	3,392	6,236	147	23.07	42.42	
3	รพ.สต.ทุ่งรัง	4,531	4,531	99	45.77	45.77	
4	รพ.สต.ตะเคียนทอง	2,260	5,016	131	17.25	38.29	
5	รพ.สต.ท่าทอง	1,269	2,612	101	12.56	25.86	
6	รพ.สต.ปากน้ำท่าทอง	1,052	3,223	95	11.07	33.93	
7	รพ.สต.ท่าอู่แท	1,306	4,395	96	13.60	45.78	
8	รพ.สต.บ้านตัวอย่าง	2,058	6,400	157	13.11	40.76	
9	รพ.สต.พลาญวาส	3,412	7,311	160	21.33	45.69	
10	รพ.สต.กรูด	2,586	9,949	246	10.51	40.44	
11	รพ.สต.ป่าร้อน	623	2,344	79	7.89	29.67	
12	รพ.สต.วังไทร	1,556	6,065	104	14.96	58.32	
13	รพ.สต.คลองสระ	2,139	6,498	163	13.12	39.87	
14	รพ.สต.ช้างซ้าย	1,766	6,379	155	11.39	41.15	
15	รพ.สต.กตตาก	1,273	4,821	119	10.70	40.51	
16	รพ.สต.ช้างขวา	1,503	6,167	128	11.74	48.18	
17	รพ.สต.หัวหมากล่าง	1,467	4,860	123	11.93	39.51	
18	ศศช.กะแต	4,721	9,470	150	31.47	63.13	
	รวม	42,796	109,120	2,448	17.48	44.58	

ที่มา : ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอกาญจนดิษฐ์ ณ วันที่ มกราคม 2567

3.1 สรุปรายรับ - รายจ่าย - ยอดคงเหลือ ปีงบประมาณ 2566

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับ	สถานบริการ	ยอดยกมา	จำนวนเงิน (บาท)		
			รายรับ	รายจ่าย	คงเหลือ
1	รพ.กาญจนดิษฐ์	45,206,340.72	354,820,664.33	346,125,179.58	53,901,825.47
2	รพ.สต.ช้างซ้าย	241,879.48	7,572,630.33	3,039,060.47	4,775,449.34
3	รพ.สต.ปากน้ำท่าทอง	681,523.75	3,235,716.37	2,643,289.21	1,273,950.91
4	รพ.สต.คลองสระ	2,817,762.48	1,817,387.94	1,521,585.71	3,113,564.71
รวม(2-18)		3,741,165.71	12,625,734.64	7,203,935.39	9,162,964.96

ที่มา : รายงานรับ-จ่ายเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุข อำเภอกาญจนดิษฐ์

ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566

5. สาเหตุการป่วย (ผู้ป่วยนอก)

ตารางที่ 9 จำนวนและอัตราป่วย ของผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 1,000 คน) จำแนกตามกลุ่มสาเหตุ
ปีงบประมาณ 2564 - 2566

ลำดับ ที่	สาเหตุการป่วย	2564		2565		2566		อัน ดับ
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	
1	โรคติดเชื้อและปรสิต	9,828	89.99	9,529	87.33	11,524	112.27	
2	เนื้องอก (รวมมะเร็ง)	2,560	23.44	2,682	24.58	2,868	27.94	
3	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด	3,168	29.01	2,687	24.62	2,877	28.03	
4	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตาบอลิซึม	34,095	312.19	25,810	236.53	27,925	272.05	3
5	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	9,199	84.23	6,942	63.62	6,699	65.26	
6	โรกระบบประสาท	3,509	32.13	3,568	32.70	4,201	40.93	
7	โรคตารวมส่วนประกอบของตา	2,730	25.00	2,620	24.01	3,370	32.83	
8	โรคหูและปุ่มกกหู	1,205	11.03	1,278	11.71	1,600	15.59	
9	โรกระบบไหลเวียนเลือด	39,636	362.93	30,938	283.52	33,145	322.91	1
10	โรกระบบหายใจ	15,810	144.76	17,090	156.62	21,616	210.59	5
11	โรกระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	20,790	190.36	20,987	192.33	25,466	248.10	4
12	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	4,445	40.70	4,694	43.02	5,429	52.89	
13	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	28,566	261.56	25,090	229.93	32,433	315.97	2
14	โรกระบบสืบพันธุ์รวมปัสสาวะ	10,074	92.24	9,355	85.73	10,171	99.09	
15	ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด	2,604	23.84	2,472	22.65	2,586	25.19	
16	ภาวะผิดปกติของทารกที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด	150	1.37	137	1.26	181	1.76	
17	รูปร่างผิดปกติแต่กำเนิดการพิการจนผิดรูปฯ	193	1.77	184	1.69	224	2.18	
18	อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการฯ	15,303	140.12	16,412	150.40	20,229	197.08	
19	การเป็นพิษและผลที่ตามมา	61	0.56	72	0.66	93	0.91	
20	อุบัติเหตุจากการขนส่ง และผลที่ตามมา	1,854	16.98	2,009	18.41	2,714	26.44	
21	สาเหตุจากภายนอกอื่นๆที่ทำให้ป่วยหรือตาย	8,491	77.75	7,967	73.01	9,387	91.45	
	รวม	214,271	-	192,523	-	224,738	-	

ที่มา : จากแบบรายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) รง. 504 ณ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

6. สาเหตุการป่วย (ผู้ป่วยใน)

ตารางที่ 10 จำนวนและอัตราการป่วยของผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 1,000 คน)

ปีงบประมาณ 2564 – 25656

สาเหตุการป่วย	2564		2565		2566	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้ไทฟอยด์ พาราไทฟอยด์และการติดเชื้อซัลโมเนลลา	5	0.05	1	0.01	3	0.03
โรคติดเชื้อลำไส้อื่น ๆ	643	6.00	423	3.88	691	6.73
วัณโรค	142	1.33	136	1.25	162	1.58
โรคเรื้อน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส	1	0.01	2	0.02	1	0.01
ไข้เลือดออกจากเชื้อเดงกีและเชื้อไวรัส	2	0.02	25	0.23	180	1.75
โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	67	0.63	77	0.71	77	0.75
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อไวรัส (HIV.)	80	0.75	9	0.08	120	1.17
มาลาเรีย	0	0.00	1	0.01	1	0.01
โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ	725	6.77	566	5.19	991	9.65
มะเร็งตับ	46	0.43	41	0.38	25	0.24
มะเร็งปอด	46	0.43	60	0.55	75	0.73
มะเร็งเต้านม	46	0.43	53	0.49	54	0.53
มะเร็งปากมดลูก	30	0.28	30	0.27	22	0.21
โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดความผิดปกติระบบภูมิคุ้มกัน	993	9.27	969	8.88	1,066	10.39
ธาลัสซีเมีย	342	3.19	283	2.59	320	3.12
ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์	102	0.95	132	1.21	128	1.25
โรคเบาหวาน	1,604	14.97	1,681	15.41	1,463	14.25
ความผิดปกติเกี่ยวกับไตต่อมไร้ท่อ โภชนาการ เมตาบอลิซึมอื่น ๆ	3,921	36.60	3,008	27.57	2,423	23.61
ความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุจากโรคทั้งกลุ่มอาการ	18	0.17	26	0.24	26	0.25
ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมจากสารออกฤทธิ์	119	1.11	149	1.37	111	1.08
ความผิดปกติทางจิต จิตเภทและประสาทหลอน	67	0.63	74	0.68	68	0.66
ความผิดปกติทางอารมณ์	35	0.33	40	0.37	59	0.57
ความผิดปกติจากโรคประสาท ความเครียด	48	0.45	32	0.29	36	0.35
ปัญญาอ่อน	6	0.06	4	0.04	3	0.03
โรคลมชัก	137	1.28	136	1.25	186	1.81
โรคระบบประสาทอื่น ๆ	163	1.52	150	1.37	231	2.25
โรคตาและส่วนประกอบของตา	30	0.28	13	0.12	33	0.32
โรคของหูและมาสตอยด์	49	0.46	16	0.15	27	0.26
ไข้วรุมมาติคเฉียบพลัน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
โรคหัวใจรวุมมาติคเรื้อรัง	23	0.21	25	0.23	33	0.32
โรคความดันโลหิตสูง	2,477	23.12	2,490	22.82	2,217	21.60
โรคหัวใจขาดเลือด	485	4.53	469	4.30	437	4.26
โรคหัวใจและโรคของการไหลเวียนเลือดผ่านปอดอื่น ๆ	923	8.62	768	7.04	840	8.18

สาเหตุการป่วย	2564		2565		2566	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคหลอดเลือดในสมอง	669	6.25	569	5.21	721	7.02
โรคอื่นของระบบไหลเวียนเลือด	153	1.43	122	1.12	182	1.77
โรคติดเชื้อเฉียบพลันและโรคอื่นๆของระบบทางเดินหายใจ	368	3.44	1,025	9.39	246	2.40

ตารางที่ 10 จำนวนและอัตราการป่วยของผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 1,000 คน)

ปีงบประมาณ 2564 – 2566

สาเหตุการป่วย	2564		2565		2566	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้หวัดใหญ่	3	0.03	6	0.05	108	1.05
ปอดอักเสบ	876	8.18	1,259	11.54	916	8.92
โรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	615	5.74	465	4.26	540	5.26
โรคหอบหืดและโรคหืดชนิดเฉียบพลันรุนแรง	332	3.10	310	2.84	395	3.85
โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินหายใจ	682	6.37	625	5.73	865	8.43
โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น	24	0.22	31	0.28	21	0.20
โรคไส้ติ่ง	173	1.62	116	1.06	138	1.34
โรคไส้เลื่อน	54	0.50	69	0.63	94	0.92
โรคอื่น ๆ ของลำไส้และเยื่อช่องท้อง	27	0.25	16	0.15	27	0.26
ลำไส้อักเสบและลำไส้มีการอุดตันโดยไม่มีไส้เลื่อน	50	0.47	52	0.48	57	0.56
โรคตับเนื่องจากดื่มสุรา	47	0.44	43	0.39	63	0.61
นิ่วในถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ	78	0.73	90	0.82	87	0.85
โรคอื่น ๆ ระบบย่อยอาหาร	881	8.22	701	6.42	702	6.84
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	481	4.49	357	3.27	535	5.21
โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	409	3.82	326	2.99	368	3.59
ความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	23	0.21	21	0.19	36	0.35
ไตวายเฉียบพลัน	373	3.48	380	3.48	484	4.72
ไตวายเรื้อรัง	892	8.33	923	8.46	1,011	9.85
นิ่วในทางเดินปัสสาวะ	75	0.70	28	0.26	26	0.25
โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์เพศชาย	143	1.33	95	0.87	121	1.18
ความผิดปกติของเต้านม	21	0.20	13	0.12	11	0.11
โรคเกี่ยวกับอวัยวะเชิงกรานและความผิดปกติของท่อฯ	143	1.33	88	0.81	127	1.24
ความผิดปกติอื่น ๆ เกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	426	3.98	369	3.38	555	5.41
การตั้งครรภ์แล้วแท้ง	96	0.90	113	1.04	129	1.26
การคลอดบุตรคนเดียวโดยวิธีธรรมชาติ	778	7.26	605	5.54	570	5.55
ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอดฯ	1339	12.50	1,083	9.92	1,142	11.13
การบาดเจ็บของทารกจากการคลอด	3	0.03	5	0.05	8	0.08
ความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดจากระยะปริกำเนิด	240	2.24	234	2.14	236	2.30
รูปร่างผิดปกติ การพิการจนผิดรูปมาแต่กำเนิด และฯ	31	0.29	27	0.25	45	0.44
อาการและอาการแสดงผิดปกติที่พบจากการตรวจฯ	1421	13.27	1,167	10.69	1,195	11.64

สาเหตุการป่วย	2564		2565		2566	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
คนเดินเท้าและคนขี่จักรยานได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	18	0.17	16	0.15	10	0.10
ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บจากการชนสิ่ง	311	2.90	223	2.04	178	1.73
อุบัติเหตุจากการชนสิ่งอื่นๆ และผลที่ตามมา	55	0.51	32	0.29	30	0.29
การได้รับสารพิษโดยบังเอิญและผลที่ตามมา ฯ	141	1.32	123	1.13	153	1.49
รวม	27,457	-	23,616	-	24,241	-

ที่มา : รง. 505 (รพ.กาญจนดิษฐ์) ณ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565

7. โรคทางระบาดวิทยา

ตารางที่ 11 จำนวนและอัตราป่วย/ตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

พ.ศ. 2564 – 2566

ลำดับ	2564			2565			2566		
	โรค	ป่วย/ตาย	อัตราป่วย/ตายต่อแสนประชากร	โรค	ป่วย/ตาย	อัตราป่วย/ตายต่อแสนประชากร	โรค	ป่วย/ตาย	อัตราป่วย/ตายต่อแสนประชากร
1	อุจจาระร่วง(02)	640/0	597.47/0	อุจจาระร่วง (02)	82/0	75.08/0	อุจจาระร่วง (02)	310/0	302.01/0
2	ปอดอักเสบ(31)	148/2	138.16/1.87	ไข้หวัดใหญ่ (15)	20/0	18.31/0	ปอดอักเสบ(31)	137/6	133.47/0
3	มือ เท้า ปาก(71)	77/0	71.88/0	มือ เท้า ปาก (71)	20/0	18.31/0	ไข้หวัดใหญ่ (15)	104/0	101.31/0
4	สุกใส(17)	32/0	29.87/0	ปอดอักเสบ (31)	12/0	10.99/0	ไข้เลือดออก (26)	95/1	92.55/0
5	ตาแดง(14)	7/0	6.53/0	สุกใส (17)	5/0	4.58/0	มือ เท้า ปาก(71)	69/0	67.22/0
6	อาหารเป็นพิษ(03)	6/0	5.60/0	ไข้เลือดออก (26)	4/0	3.66/0	สุกใส(17)	20/0	19.48/0
7	ไวรัสตับอักเสบบ (10)	4/0	3.73/0	ตาแดง (14)	3/0	2.75/0	อาหารเป็นพิษ (03)	13/0	12.66/0
8	สคับไทฟัส (44)	3/0	2.80/0	เลปโตสไปริส (43)	1/0	0.92/0	ไวรัสตับอักเสบบ (10)	6/0	5.85/0
9	ไข้สมองอักเสบ (28)	3/0	2.80/0	อาหารเป็นพิษ (03)	1/0	0.92/0	ตาแดง (14)	6/0	5.85/0
10	เลปโตสไปริส (43)	2/1.87	1.87/0	ไวรัสตับอักเสบบี (12)	1/0	0.92/0	โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (54)	4/0	3.90/0

ที่มา : รง. 506 (สสจ.สุราษฎร์ธานี) ณ ตุลาคม 2566

ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564	เท่ากับ	109,212	คน
ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565	เท่ากับ	109,120	คน
ข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2566	เท่ากับ	102,646	คน

8. สาเหตุการป่วย/ตายจากอุบัติเหตุ

ตารางที่ 12 จำนวนป่วย / ตาย และอัตรา (ต่อประชากร 1,000 คน) จำแนกตามสาเหตุจากอุบัติเหตุและสาเหตุอื่น ปีงบประมาณ 2564 – 2566

ประเภทของอุบัติเหตุ	2564				2565				2566			
	ป่วย	ตาย	อัตราป่วย	อัตราราย	ป่วย	ตาย	อัตราป่วย	อัตราราย	ป่วย	ตาย	อัตราป่วย	อัตราราย
1.อุบัติเหตุการขนส่ง	1,586	12	158.60	1.20	2,095	1	209.50	0.10	3,192	2	319.20	0.20
2.อุบัติเหตุอื่น ๆ												
2.1 อุบัติเหตุพลัด ตก หรือหกล้ม	1,705	2	170.50	17.05	2,052	3	205.20	0.30	3,139	2	313.90	0.20
2.2 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	1,788	1	178.80	17.88	2,205	0	220.50	0.00	2,273	2	227.30	0.20
2.3 อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน	2,423	0	242.30	24.23	2,241	0	224.10	0.00	2,629	2	262.90	0.20
2.4 อุบัติเหตุการตกน้ำและจมน้ำ	5	3	0.50	0.05	8	0	0.80	0.00	13	2	1.30	0.20
2.5 อุบัติเหตุที่คุกคามการหายใจ	10	0	1.00	0.10	27	0	2.70	0.00	17	2	1.70	0.20
2.6 อุบัติเหตุสัมผัสกระแสไฟฟ้ารังสีและอุณหภูมิ	8	2	0.80	0.08	16	0	1.60	0.00	22	2	2.20	0.20
2.7 อุบัติเหตุสัมผัสควัน ไฟและเปลวไฟ	27	0	2.70	0.27	858	1	85.80	0.10	1,317	2	131.70	0.20
2.8 อุบัติเหตุสัมผัสความร้อน ของร้อน	38	0	3.80	0.38	48	0	4.80	0.00	68	2	6.80	0.20
2.9 อุบัติเหตุสัมผัสพิษจากสัตว์พิษ	623	0	62.30	6.23	476	0	47.60	0.00	665	2	66.50	0.20
2.10 อุบัติเหตุสัมผัสพลังงานจากธรรมชาติ	1	0	0.10	0.01	1	0	0.10	0.00	6	2	0.60	0.20
2.11 อุบัติเหตุสัมผัสพิษและสารอื่น ๆ	40	0	4.00	0.40	81	0	8.10	0.00	123	2	12.30	0.20
2.12 อุบัติเหตุการออกแรงเกิน	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	5	2	0.50	0.20
2.13 อุบัติเหตุสัมผัสกับสิ่งไม่ทราบแน่ชัด	17	0	1.70	0.17	98	0	9.80	0.00	303	2	30.30	0.20
3.ทำร้ายตัวเองด้วยวิธีต่าง ๆ	41	1	4.10	0.41	100	0	10.00	0.00	108	2	10.80	0.20
4.ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่าง ๆ	165	3	16.50	1.65	245	0	24.50	0.00	474	2	47.40	0.20
5.บาดเจ็บโดยไม่ทราบเจตนา	558	2	55.80	5.58	640	2	64.00	0.20	992	2	99.20	0.20
6.ดำเนินการทางกฎหมายหรือสงคราม	0	0	0.00	0.00	1	0	0.10	0.00	0	0	0.00	0.00
7.ไม่ทราบทั้งสาเหตุและเจตนา	1	0	0.10	0.01	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00
รวม	9,036	26	903.60	90.36	11,192	7	1,119.20	0.70	15,346	34	1,534.60	3.40

ที่มา : รง.สาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ รพ.กาญจนดิษฐ์ ณ มกราคม 2567

แผนที่กลยุทธ์โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ภายในปี 2570

พันธกิจ : 1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ 3. พัฒนาบุคลากร เครือข่าย และภาคีสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

การพัฒนาบุคลากร เครือข่าย และภาคีสุขภาพ

ประสิทธิผล

G1 : ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

G2 : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

คุณภาพบริการ

G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ

ประสิทธิภาพ

G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรค
มีประสิทธิภาพ

G6 : การบริหารแผนงาน การติดตาม และ
ประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

G7 : การบริหารการเงินการคลัง
มีประสิทธิภาพ

G8 : การบริการการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ

G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือ และ
อุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ

G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

พัฒนาองค์กร

G11 : องค์กรแห่งการเรียนรู้

G12 : บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน

G13 : การจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี

G14 : Smart Hospital

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล						
G1 : ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม	พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควัณโรค เป็นต้น	K1 ความสำเร็จในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	กลุ่มการพยาบาล คุณภัทรพร	คุณหมอ อุไรวรรณ แก้วพิชัย
				2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	กลุ่มการพยาบาล คุณภัทรพร	
				3. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป) ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	กลุ่มการพยาบาล คุณภัทรพร	
				4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	กลุ่มการพยาบาล คุณปิยหทัย	
				5. อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-69) ไม่เกินร้อยละ 3	กลุ่มการพยาบาล คุณสิรินาถ	
				6. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	กลุ่มการพยาบาล คุณวลัยภรณ์	
				7. ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	กลุ่มการพยาบาล คุณอำภา	
				8. สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04คนต่อปี)	กลุ่มการพยาบาล คุณกนกพร	
				9. อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	คุณกนกพร	
				10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน*	สุขภาพจิตฯ คุณฮาชนะห์	
				11. ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90*	สุขภาพจิตฯ คุณอาทิตย์ยา	

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล						
G2 : โรงพยาบาล ทั่วไปขนาดเล็ก	พัฒนาศักยภาพบริการสู่ การเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็กตามเกณฑ์การ ยกระดับเป็นโรงพยาบาล ทั่วไปขนาดเล็ก	K2 : ความสำเร็จในการ พัฒนาศักยภาพบริการสู่ การเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก ตามเกณฑ์ไม่ ต่ำกว่า 85 คะแนน	ไม่ต่ำกว่า 85 คะแนน	1. ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไป ขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	องค์กรแพทย์ คุณหมอไรรอรณ	คุณหมอ ชญานิศ มามีวัฒนะ
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพบริการ						
G3 : การ จัดบริการ สุขภาพ และ การบริหาร จัดการได้ มาตรฐาน	พัฒนาการจัดบริการ สุขภาพและการบริหาร จัดการสู่มาตรฐานของ องค์กรและสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะมาตรฐาน HA มาตรฐานระบบบริการ สุขภาพ (สบส.) มาตรฐาน การพยาบาล (QA) มาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) มาตรฐานความ ปลอดภัยด้านยา มาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มาตรฐาน NCD Clinic Plus มาตรฐานคลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพ	K3 ความสำเร็จในการ พัฒนาการจัดบริการ สุขภาพ และการบริหาร จัดการได้มาตรฐาน ร้อย ละ 80	ร้อยละ 80	1. ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8 2. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 95 3. ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อย กว่าร้อยละ 86 4. ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 5. ผลการประเมินตรงตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนน เฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5 6. ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99 7. ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คะแนนไม่น้อย กว่าร้อยละ 95 8. ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน) 9. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	คุณศิริขวัญ บริหารทั่วไป กลุ่มการพยาบาล คุณดวงจันทร์ เทคนิคการแพทย์ คุณยุวดี กลุ่มงานเภสัชกรรม คุณวิรดา กลุ่มงานรังสี คุณพัชรินทร์ กลุ่มการพยาบาล คุณอ้อภา คุณกนกพร	คุณหมอ พรพรรณ ตั้งวงศ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพบริการ						
	มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐาน EIA มาตรฐาน HAIT มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด เป็นต้น			10. โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 11. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน) 12. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า.ร้อยละ99 13. ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ คุณดุริยางค์ กลุ่มงานการแพทย์ แผนไทย คุณสุริษา กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	
G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ	พัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการบริหารจัดการสู่มาตรฐานขององค์กรและสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะมาตรฐาน HA	K4 ร้อยละ ของความพึงพอใจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	1. ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2. ผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ (คุณอัญชลีพร)	คุณวิโรดา คำเนตร
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ						
G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรควัณโรค	K5 ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98 2. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	กลุ่มการพยาบาล คุณภัทรพร กลุ่มการพยาบาล คุณภัทรพร	คุณดวงจันทร์ ก่องวิษ

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ						
	โรคไข้เลือดออก โรคพิษุนุ การดูแลมารดาทารก และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นต้น			3. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่นเกิน 530 ต่อแสนประชากร 4. กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90 5. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.) 6. เด็ก 3 ปี ปราศจากพิษุนุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 7. เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากพิษุนุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 72 8. ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 9. ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	กลุ่มการพยาบาล คุณภัทรพร กลุ่มงานสุขภาพจิตฯ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ คุณমনชนก กลุ่มงานทันตกรรม คุณหอมพรพรรณ กลุ่มการพยาบาล คุณกนกพร กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ คุณวชิรา	
G6 :การบริหารแผนงาน ติดตาม และ ประเมินผล การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบการบริหารแผนงาน ติดตาม และ ประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ	K6 ความสำเร็จในการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	กลุ่มงานประกันสุขภาพ คุณพัชรินทร์	คุณอารยา ทวีขลังษ์
G7 : การบริหารการเงิน การคลัง มีประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบบริหารการเงิน การคลังให้มีประสิทธิภาพ	K7 ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล = 0 2. Total Performance Scoring = 13	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	คุณพรพณา ไทยเกิด

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ						
G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ	พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยนอก	K8 ความสำเร็จในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	การแพทย์แผนไทยฯ คุณสุริษา	คุณภูริชญา บุรินทร์กุล
				2. อัตราผู้ป่วยนอกได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	การแพทย์แผนไทยฯ คุณสุริษา	
G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ	พัฒนาการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยการจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อดำเนินการจัดหาเครื่องมือแพทย์ สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือแก่เจ้าหน้าที่ Calibrateเครื่องมือสำคัญและบำรุงรักษาตามกำหนด	K9 ความสำเร็จในการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	กลุ่มงานบริหารทั่วไป คุณสิทธิพร	คุณยุวดี สุป็นดี
				2. อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริหารทั่วไป คุณสิทธิพร	
				3. อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	กลุ่มงานบริหารทั่วไป คุณสิทธิพร	
				4. ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	กลุ่มงานบริหารทั่วไป คุณสิทธิพร	

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ						
G10 : เครือข่ายและ ภาคีสุขภาพ เข้มแข็ง	พัฒนาภาคีเครือข่ายบริการ สุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะทีม SRRT งาน RDU Community งาน ทันตสุขภาพ เครือข่าย การแพทย์ฉุกเฉิน กองทุน LTC ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นใน โรงเรียน และ รพ.สต.ติด ดาว เป็นต้น	K10 ความสำเร็จในการ พัฒนาเครือข่ายและภาคี สุขภาพเข้มแข็ง ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ	คุณกิ่งแก้ว ลิ้มสุวรรณ
				2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	กลุ่มงานเภสัชกรรม คุณอุมาพร	
				3. ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันต สุขภาพ ระดับ 5	กลุ่มงานทันตกรรม คุณหอมพรรณ	
				4. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	กลุ่มการพยาบาล	
				5. การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 กย. ครบ 14 แห่ง	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ	
				6. ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	กลุ่มงานสุขภาพจิตฯ คุณธนวรรณ	
				7. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ คุณกิ่งแก้ว	
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนางาน						
G11 : องค์กร แห่งการเรียนรู้	พัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดทำ งานวิจัย นวัตกรรม CQI และ Bestpractice ทางด้านสุขภาพใน โรงพยาบาล ตลอดจนจัด กิจกรรมวิชาการเพื่อเป็น พื้นที่ในการเรียนรู้	K11 ความสำเร็จในการ พัฒนางานองค์กรแห่งการ เรียนรู้ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	กลุ่มการพยาบาล คุณศิริขวัญ	คุณสุริษา
				2. จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ คุณศุริยางค์	

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566 - 2570

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร						
G12 : บุคลากรมีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน	พัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากรแต่ละสายงาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสม	K12 ความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	1. ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	คุณรัชติกาญจน์
				2. ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ คุณศุริยางค์	
G13 : การจัดการอาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมที่ดี	พัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge เป็นแนวทางในการพัฒนา	K13 ความสำเร็จในการจัดการอาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมที่ดี ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ คุณเสาวภา	คุณศุริยางค์ วาสนา
				2. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ คุณสุมาลี	
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร						
G14 : Smart Hospital	พัฒนาโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS เป็นแนวทางในการพัฒนา	K14 ความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ โดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ คุณศุริยางค์	คุณเบญจมาภรณ์ จันทร์ปาน

เป้าประสงค์ที่ : G1 : ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K1 ความสำเร็จในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันพบว่า คนไทยมีอายุยืนมากขึ้นเนื่องจากคนมีความรู้ และมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สังคมไทยก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่าอีกสิบปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด ส่วนในเรื่องของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจะเปลี่ยนจากกลุ่มโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควิณโรค ทั้งนี้เกิดเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้มองเห็นความสำคัญของปัญหาเหล่านี้ นำมาซึ่งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและสังคมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาศักยภาพการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยการจัดบริการทางการแพทย์สาขาหลักและสาขารอง โดยใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยีทันสมัย ภายใต้การควบคุมคุณภาพโดยผู้บริหารและทีมคร่อมสายงานเพื่อบริการประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบและพื้นที่รอบข้างโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงาน
2. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควิณโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : K1 ความสำเร็จในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	SP เป้าหมายปี 2565 \geq ร้อยละ 40	37.7	36.99	35	45	50	53	55
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	SP เป้าหมายปี 2565 \geq ร้อยละ 60	67.31	62.79	65	65	70	73	75
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	SP เป้าหมาย \leq 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	126	189.81	120	140	130	120	110
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 8	3.84	11.36	10	6	5	4	4

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกิน ร้อยละ 3	PA/SP เป้าหมาย ร้อยละ 7	3.61	1.38	7	3	3	3	3
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 24	21.2	12.02	24	11	10	10	10
U0107 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	HDC สสจ.สฎ	NA	69	60	70	75	80	80
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04 คนต่อปี)	THIP-CM0101	191.57	0	17	0	0	0	0
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	THIP-CM0202 นโยบายรัฐมนตรี	8.14	4.09	8	4	4	4	4
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	PA/SP เป้าหมาย ≤ 8ต่อประชากร แสนคน	13	11.62	12	11	10	9	8
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	THIP-DR0203/ สำนักวัณโรค เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85	81.4	83.52	86	87	88	89	90

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55	20	25	30	35	40
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	50	55	60	65	70
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	126	124	122	120	118
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	19	16	13	10	8
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	10	9	8	7	6

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่นเกินร้อยละ 10	30	28	26	24	22
U0107 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	45	50	55	60	65
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่นเกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04 คนต่อปี)	23	21	19	17	15
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่นเกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	11	10	9	8	7
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่นเกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	15	14	13	12	11
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษา วัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	83	84	85	86	87

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55	25	30	35	45	50
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	55	60	65	65	70
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่นเกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	124	122	120	140	130
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่นเกินร้อยละ 4	16	13	10	6	4
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่นเกินร้อยละ 3	9	8	7	3	3
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่นเกินร้อยละ 10	28	26	24	22	10
U0107 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	50	55	60	70	80
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่นเกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04 คนต่อปี)	21	19	17	0	0
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่นเกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	10	9	8	4	4
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่นเกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	14	13	12	11	9
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษา วัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	84	85	86	87	88

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	30	35	45	50	53
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	60	65	65	70	73
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	122	120	140	130	120
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	13	10	6	4	4
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 160 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	8	7	3	3	3
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	26	24	22	10	10
U0107 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	55	60	70	80	80
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04 คนต่อปี)	19	17	0	0	0
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	9	8	4	4	4
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	13	12	11	9	9
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	85	86	87	88	89

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	35	45	50	53	55
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	65	65	70	73	75
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	120	140	130	120	110
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	10	6	4	4	4
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 160 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	7	3	3	3	3
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	24	22	10	10	10
U0107 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	70	80	80	80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04 คนต่อปี)	17	0	0	0	0
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	8	4	4	4	4
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	12	11	9	9	8
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษา วัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	86	87	88	89	90

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55	45	50	53	55	60
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	65	70	73	75	80
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	140	130	120	110	100
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	6	4	4	4	3
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	3	3	3	3	2
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	22	10	10	10	8
U0107 ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	70	80	80	80	75
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04 คนต่อปี)	0	0	0	0	0
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	4	4	4	4	3
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	11	9	9	8	7
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษา วัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	87	88	89	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: ผลรวมของคะแนน U0101 ถึง U0111 x 100
คะแนนเต็มของคะแนน U0101 ถึง U0111

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวอุไรวรรณ แก้วพิชัย ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมี ภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้เป็นปัญหาของสังคมต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการคัดกรองที่เร็วและรักษาได้ทันเวลา

แผนดำเนินการ

พัฒนาพัฒนาระบบการรักษาและดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถ ควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	37.67	37.7	36.99	35	45	50	53

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	20	25	30	35	40

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	25	30	35	45	50

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	30	35	45	50	53

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	35	45	50	53	55

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0101 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	45	50	53	55	60

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0101} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0101}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U0101

คำอธิบาย : U0101 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครึ่งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 และผู้ป่วยต้องถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10-E14

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์}}$

จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : SP เป้าหมายปี 2566 \geq ร้อยละ 40

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : HDC สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางมณฑิรา สุทธิบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0102 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมี ภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้เป็นปัญหาของสังคมต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการคัดกรองที่เร็วและรักษาได้ทันเวลา

แผนดำเนินการ

พัฒนาพัฒนาระบบการรักษาและดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถ ควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	67.31	62.79	65	65	70	73	75

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	50	55	60	65	70

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	55	60	65	65	70

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	60	65	65	70	73

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	65	65	70	73	75

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	65	70	73	75	80

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0102} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0102}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U0102

คำอธิบาย : U0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ด้วย รหัส = I10 - I15 และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย <140 และ <90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์}}$

จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : SP เป้าหมายปี 2565 \geq ร้อยละ 60

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : HDC สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางมณฑิรา สุทธิพันธุ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <110ครั้ง/100ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมีภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้เป็นปัญหาของสังคมต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการคัดกรองที่เร็วและรักษาได้ทันเวลา

แผนดำเนินการ

พัฒนาพัฒนาระบบการรักษาและดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย <110ครั้ง/100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	126	189.81	120	140	130	120	110

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	126	124	122	120	118

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	124	122	120	140	130

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	122	120	140	130	120

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	120	140	130	120	110

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	140	130	120	110	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0103} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0103}}$

คำอธิบาย : U0103 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) ตามรหัสโรค ICD-10 โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งหมดในคลินิก

การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องได้รับยากลุ่ม systemic corticosteroid และหรือยาปฏิชีวนะ ตามรหัสโรค ICD-10 J44.0, J44.1 โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกที่เกิดการกำเริบเฉียบพลัน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกทั้งหมด}}$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : SP เป้าหมาย ≤ 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัดโรงพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
ชื่อ-สกุล นางสาวสิรินาถ พงษ์ศาวดาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมี ภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้เป็นปัญหาของสังคมต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการคัดกรองที่เร็วและรักษาได้ทันเวลา

แผนดำเนินการ :

พัฒนาพัฒนาระบบการรักษาและดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถ ควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ 4

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	3.84	11.36	10	6	5	4	4

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	19	16	13	10	8

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	16	13	10	6	4

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	13	10	6	4	4

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	10	6	4	4	4

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0104 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 4	6	4	4	4	3

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0104} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0104}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U0104

คำอธิบาย : U0104 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ไม่เกินร้อยละ 4

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ทั้งที่นอนโรงพยาบาลและไม่ได้นอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยต้องถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = I21

การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย STEMI ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น STEMI และมีสาเหตุ การตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และเสียชีวิตในโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ทั้งหมดในโรงพยาบาล}}$

จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ทั้งหมดในโรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 8

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางปิยหทัย หนูน้อย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0105 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 - I69) ไม่เกินร้อยละ 3

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และทำนายว่าในปีพ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคนจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งและโรคหัวใจ จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2560 - 2564 พบอัตราป่วยตายโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 42.34, 41.37, 47.43, 45.84 และ 36.36 (ม.ค.64 - ต.ค.64) มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน สูบบุหรี่ และขาดยา และยังพบอีกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนยังไม่ทราบอาการและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองทำให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลล่าช้า ส่งผลให้เสียชีวิตและมีความพิการเพิ่มมากขึ้น

ในสถานการณ์ของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นโรคที่สำคัญ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2563 จำนวน 242 ราย ปี 2564 จำนวน 237 ราย ปี 2565 จำนวน 271 ราย อัตราการเสียชีวิตปี 2563 เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็น 1.65% ปี 2564 เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็น 1.68% ปี 2565 เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็น 3.32%ปี ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ มุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล สร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนและกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบทั้งก่อนเกิดโรค ขณะเกิดโรค และหลังเกิดโรค รวมทั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรีบพาลันให้รีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุด เพื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการได้

แผนดำเนินการ :

- 1.แต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- 3.จัดทำ/ทบทวน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
- 4.ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน ในทีม PCT MED ทบทวน วิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไข

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ 3

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	3.32	1.38	7	3	3	3	3

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	10	9	8	7	6

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	9	8	7	3	3

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	8	7	3	3	3

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	7	3	3	3	3

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0105 อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – 69) ไม่เกินร้อยละ 3	3	3	3	3	2

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $A/B \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 - I69) ที่ตาย

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 - I69) ทั้งหมดที่นอนโรงพยาบาล

คำอธิบาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – I69)

: การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60 – I69)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการพยาบาลผู้ป่วย STROKE UNIT

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางสาวสิรินาถ พงษ์ชาวดาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 16

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมีภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้เป็นปัญหาของสังคมต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการคัดกรองที่เร็วและรักษาได้ทันเวลา

แผนดำเนินการ :

พัฒนาพัฒนาระบบการรักษาและดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : น้อยกว่าร้อยละ 16

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	21.18	12.02	24	11	10	10	10

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	30	28	26	24	22

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	28	26	24	22	10

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	26	24	22	10	10

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	24	22	10	10	10

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10	22	10	10	10	8

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0106} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0106}}$

คำอธิบาย : U0106 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 16

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามี การติดเชื้อในร่างกาย รวมทั้งมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง

1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามี การติดเชื้อในร่างกาย รวมทั้งมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แมว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

3. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ต้องลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด}}$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 24

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางสาวสิรินาถ พงษ์ศาวดาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น รวมถึงผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมีภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้เป็นปัญหาของสังคมต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการคัดกรองที่เร็วและรักษาได้ทันเวลา

แผนดำเนินการ : พัฒนาพัฒนาระบบการรักษาและดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	NA	69	60	70	75	80	80

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	45	50	55	60	65

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	50	55	60	70	80

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	55	60	70	80	80

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	70	80	80	80

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	70	80	80	80	75

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0107} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0107}}$

คำอธิบาย : U0107 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่ กรมการแพทย์กำหนด)

การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ} \times 100}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม}}$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 24

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางอำภา โตะบาย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กอย่างยั่งยืน โดยพัฒนาคุณภาพการให้บริการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย(ส่งเสริมการเกิดและเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ)ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าประสงค์ คือ การตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้มีการตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อยกระดับเป็นโรงพยาบาล M 1 เพิ่มอัตรา การเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน ลดอัตราการตายของมารดาและทารก ในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้แก่งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด โดยมีสูติแพทย์ 2 ท่าน และกุมารแพทย์ 2 ท่าน ร่วมกับทีมงานในการขับเคลื่อน ผลการดำเนินงาน ในปี 2561 – 2566 มีอัตราการตาย = 103.09 , 0 , 0, 194.55, 191.57 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุการตาย จากภาวะตกเลือดหลังคลอด,การฆ่าตัวตาย,ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และ หัวใจล้มเหลว

แผนดำเนินการ

1. พัฒนามาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ
2. พัฒนามาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ
3. พัฒนามาตรฐานงานหลังคลอดคุณภาพ
4. พัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
5. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ และมารดาคลอดที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ	191.57	0	17	0	0	0	0

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ	23	21	19	17	15

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ	21	19	17	0	0

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ	19	17	0	0	0

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ	8	4	4	4	4

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0108 สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ	0	0	0	0	0

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $(A/B) \times 100,000$

A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด

B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

คำอธิบาย : การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และคลอด หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตัวชี้วัด THIP-CM0101

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในเครือข่าย

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายแพทย์อภิเดช ลิ้มวรารัตน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางกนกพร ชูประสูตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กอย่างยั่งยืน โดยพัฒนาคุณภาพการให้บริการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย(ส่งเสริมการเกิดและเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ)ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าประสงค์ คือ การตั้งครรถ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้มีการตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อยกระดับเป็นโรงพยาบาล M 1 เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน ลดอัตราการตายของมารดาและทารก ในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้แก่ฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด โดยมีสูติแพทย์ 2 ท่าน และกุมารแพทย์ 2 ท่าน ร่วมกับทีมงานในการขับเคลื่อน ผลการดำเนินงาน ในปี 2561 – 2566 มีอัตราตายปริกำเนิด = 2.91, 2.95 , 2.91 , 2.87, 8.14 และ 4.09 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการตาย คือ Dead fetus in utero , Birth asphyxia , Subgaleal hemorrhage , Aspirate Pneumonia

แผนดำเนินการ

1. พัฒนามาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ
2. พัฒนามาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ
3. พัฒนามาตรฐานงานหลังคลอดคุณภาพ
4. พัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
5. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรถ์ และมารดาคลอดที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย ไม่เกิน 4 ต่อ 1000 ทารกคลอด

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	8.14	4.09	8	4	4	4	4

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	11	10	9	8	7

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	10	9	8	4	4

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	9	8	4	4	4

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	8	4	4	4	4

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0109 อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	4	4	4	4	3

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $(A/B) \times 1,000$

A = จำนวนการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ จนถึง 7 วันหลังคลอด

B = จำนวนทารกคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

คำอธิบาย : การตายปริกำเนิด หมายถึง การเสียชีวิตของทารกที่คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และมีน้ำหนักน้อย 1000 กรัม ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 7 วันหลังคลอด โดยนับเฉพาะ การตายปริกำเนิดที่เกิดจากการคลอดที่มีชีวิตและไม่มีชีวิตขณะอยู่ในรพ. โดยไม่นับรวมที่ส่งต่อมาจาก รพ.อื่น

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : THIP-CM0202 นโยบายรัฐมนตรี

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : รายงานการคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายแพทย์อภิเดช สิริญวราวัฒน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
ชื่อ-สกุล นางกนกพร ชูประสูตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 : ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ต่อแสนประชากร

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุมาจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ และ สุรายาเสพติด ตามลำดับ ประกอบกับในปัจจุบันการเข้าถึงสื่อ Social media มากขึ้น เช่น เฟซบุ๊ก มีถ่ายทอดภาพและวิดีโอการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายออนไลน์ และยังพบข้อความเผยแพร่ที่ส่งสัญญาณที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เช่น ข้อความสังสัย ข้อความบอกลา ข้อความวางแผนการทำร้ายตัวเอง ซึ่งกลุ่มคนที่โพสต์ข้อความต่างๆ เหล่านี้คือกลุ่มคนที่ควรต้องเฝ้าระวัง และต้องได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ยังพบว่าบางคนมีปัญหา เครียด วิตกกังวลแต่ไม่กล้าขอรับบริการ ให้คำปรึกษา เนื่องจากความอับอายที่ต้องเล่าเรื่องราวของตนเองและกลัวการ stigma กลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูง ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตโดยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือได้ ดังนั้นการเข้าถึงชุมชน การใช้หลัก 3 ส. ในการดูแลจึงมามาตรการที่สำคัญที่ชุมชนควรได้รับความรู้

แผนดำเนินการ

- 1.เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2.พัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลกระทบปัญหาการฆ่าตัวตาย
- 3.พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีความพร้อมด้านบริการดูแลรักษาที่ครอบคลุมในมิติสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีการส่งต่อเพื่อเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ค่าเป้าหมาย: ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	13.01	11.62	12	11	10	9	8

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	15	14	13	12	11

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	14	13	12	11	9

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	13	12	11	9	9

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	12	11	9	9	8

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0110 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน	11	9	9	8	7

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $(A/B) \times 100,000$

คำอธิบาย : การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

B = จำนวนประชากรกลางปี 2565

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางสาวฮาชนะห์ เฮาะเต็ง ตำแหน่ง นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G1 ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัด (U) : U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัดโรค มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ขึ้นทะเบียนรายใหม่และกลับเป็นซ้ำทุกประเภทจำนวน 1,336 ราย และมีการเสียชีวิตจากวัณโรค 110 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 8.23 อำเภอกาญจนดิษฐ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ขึ้นทะเบียนรายใหม่และกลับเป็นซ้ำทุกประเภทจำนวน 133 รายพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรค 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.77 (ข้อมูล 1 ต.ค. 2565- 30 ก.ย. 2566) แม้นว่าผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่กลับพบว่าอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงและเป็นปัญหาของพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุที่มีโรคร่วมและส่วนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า

แผนดำเนินการ

1. จัดคลินิกบริการวัณโรคตามมาตรฐาน (TB Clinic)
2. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย
3. เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์วัณโรค และสอบสวนโรค
4. ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้รพ.สต ภาควิชาเครือข่าย
5. การคัดกรองวัณโรคกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

ค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัดโรค มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	90	83.52	86	87	88	89	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัดโรค มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	83	84	85	86	87

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัดโรค มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	84	85	86	87	88

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัดโรค มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	85	86	87	88	89

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	86	87	88	89	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0111 ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	87	88	89	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $(A/B) \times 100$

คำอธิบาย :

1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Treatment Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2567

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567)

3.ระยะเวลาประเมินผล –ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4

-ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2567

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: 1.บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรายงานผ่านระบบข้อมูลการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP)

2.รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงาน และเก็บข้อมูลการดำเนินงานไว้ที่ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ: โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis information Program (NTIP) คลินิกวัณโรค กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล แพทย์หญิงอุไรวรรณ แก้วพิชัยน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ชื่อ-สกุล นางอาทิตย์ตยา ปลื้มใจ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G2 : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K2 ความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพบริการสู่การเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

ตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่า 90 คะแนน

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ตั้งอยู่บนเนื้อที่ 46 ไร่ ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) ระยะทาง 25 กิโลเมตร และโรงพยาบาลระดับ S (โรงพยาบาลเกาะสมุย) ระยะทาง 73 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง ให้บริการจริง 150 เตียง มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 109, 212 คน (จำนวนประชากรกลางปี 2565) ใน 5 ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาศักยภาพจาก โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก สู่โรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู เปิดให้บริการแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ วัสดุแพทย์ และสาขารอง ได้แก่ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชศาสตร์ครอบครัว รังสีวินิจฉัย ทันตกรรมทั่วไปและทันตกรรมเฉพาะทาง มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 19 ห้อง เตียงผู้ป่วยหนักใน ICU จำนวน 8 เตียง ห้องผ่าตัดจำนวน 3 ห้อง ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีค่า CMI เท่ากับ 0.83 ค่า sumAdjRW เท่ากับ 9,216.78 มีวิกฤติการเงินอยู่ในระดับ 1 ติดต่อกันมาหลายไตรมาส คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เล็งเห็นแล้วว่าโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเติบโตได้อย่างต่อเนื่อง จึงกำหนดวิสัยทัศน์ในการยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กในปี 2570

กลยุทธ์ :

ยกระดับการให้บริการต่อยอดจากการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ให้บริการทางการแพทย์สาขาหลักและสาขารอง ประกอบกับความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ/เทคโนโลยีทันสมัย การสนับสนุนของภาคีเครือข่ายสู่การเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) ด้วยการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

แผนดำเนินการ :

1. พัฒนาการบันทึกและสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้องครบถ้วน
2. พัฒนาศักยภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการในการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะทาง 6 สาขาหลัก 5 สาขารอง
3. พัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูลการให้บริการ

ค่าเป้าหมาย : K2 ความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพบริการสู่การเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ไม่ต่ำกว่า 90 คะแนน

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0201 ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	เกณฑ์การยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	68	64	74	80	85	90	90

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0201 ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	60	64	69	74	80

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0201 ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	64	69	74	80	85

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0201 ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	69	74	80	85	90

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0201 ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	74	80	85	90	90

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0201 ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน	80	85	90	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: ผลรวมของคะแนน U0201 ตามเกณฑ์การยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก
คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U) ใส่แบบประเมินโรงพยาบาล M1 มาเลย

5. เกณฑ์การปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระดับ M1

เกณฑ์	ระดับ	คะแนน	หมายเหตุ	หน่วยงาน
1.ด้านประชากรและภูมิศาสตร์		10		รพ.กาญจนดิษฐ์
จำนวนประชากรและจำนวนประชากร เครือข่าย	<100,000 คน	0	- มีหลักฐานแสดงจำนวน ประชากรและถ้ามีประชากร แฝงต้องมีหลักฐานการพักอาศัย ไม่น้อยกว่า 6 เดือน /ปี	
	100,000 - 199,999 คน	3	-หนังสือรับรองจากนายอำเภอ/ ผู้ว่าราชการจังหวัด	
	200,000 คนขึ้นไป	5		
ระยะห่างจาก รพ. M1 และ S	<30 กิโลเมตร	0		
	30 - 59 กิโลเมตร	3		
	60 กิโลเมตรขึ้นไป	5		

เกณฑ์	ระดับ	คะแนน	หมายเหตุ	หน่วยงาน
สถานที่ตั้งเป็นชุมชนที่อนาคตขยายตัวค่อนข้างมาก เช่น เป็นชุมชนเมือง เขตอุตสาหกรรม เขตที่มีคนอพยพเข้ามามากขึ้น		0		
2.ด้านที่ดินและโครงสร้างพื้นฐาน		20		
ขนาดที่ดิน	< 10 ไร่	0		
	10 - 19 ไร่	3		
	20 ไร่ขึ้นไป	5		
ได้รับกรรมสิทธิ์ที่ดินหรือได้รับอนุญาตอนุมัติให้ใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย		5	<u>กรณีเช่าพื้นที่</u>	
			- ต้องกำหนดระยะเวลาเช่าไม่ต่ำกว่า 25 ปี	
			- ยกเว้นเช่าที่เอกชนเนื่องจากต้องต่อสัญญาทุก 3 ปี ระเบียบกระทรวงการคลัง	
ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ	30 ห้องขึ้นไป	1		
จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก (ICU)	15 เตียงขึ้นไป	2		
จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก (NICU)	4 เตียงขึ้นไป	1		
จำนวนเครื่องไตเทียม	8 เครื่องขึ้นไป	1		
IPD มีห้อง Negative Pressure Room ที่ได้มาตรฐาน	2 ห้องขึ้นไป	2		
ห้องผ่าตัด	6 ห้องขึ้นไป	2		
ห้องเอกซเรย์	2 ห้องขึ้นไป	1		
3.ด้านบริการและบุคลากร		30		
แพทย์สาขาหลัก	< 4 สาขา	0		
	4 สาขา	3		
	5 สาขา	4		
	6 สาขาขึ้นไป	5		
แพทย์ทั้งหมด	< 18 คน	0		
	18 - 19 คน	3		
	20 - 21 คน	4		
	22 คนขึ้นไป	5		
นักวิชาการพัสดุ	1 คน	1		
	2 คนขึ้นไป	2		
นักวิชาการการเงินและบัญชี	1 - 2 คน	2		
	3 คนขึ้นไป	3		

เกณฑ์	ระดับ	คะแนน	หมายเหตุ
ด้านการจัดบริการ มีการจัดบริการได้ครบทั้ง 6 สาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติกรรม สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม สาขากุมารเวชกรรม สาขาศัลยกรรมกระดูก และสาขาวิสัญญีแพทย์ และมีสาขารองบางสาขาที่จำเป็น	< 4 สาขา	0	
	4 สาขา	5	
	5 สาขา	10	
	6 สาขาขึ้นไป	15	
4.ด้านบริหาร		40	
CMI	< 0.8	0	
	0.8 - 0.99	5	
	1.0 ขึ้นไป	10	
SumAdj RW	< 10,000 RW/ปี	0	
	10,000 - 13,999 RW/ปี	5	
	14,000 RW/ปี ขึ้นไป	10	
Active bed	< 100 เตียง	0	
	100 - 149 เตียง	5	
	150 เตียงขึ้นไป	10	
Risk Score index มีการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน และมีสถานะทางการเงิน (Risk Score) ช่วง 4 ไตรมาส	หากมีไตรมาสไหนเท่ากับ ระดับ 5 - 7	0	
	หากมีไตรมาสไหนเท่ากับ ระดับ 3 - 4	5	
	ระดับ 0 - 2 ติดกัน 4 ไตรมาส	10	
		100	

หมายเหตุ : สีเหลืองเป้าหมายของปี 2567

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวชญาณี มามีวัฒน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K3 ความสำเร็จในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในยามที่หลายคนเจ็บป่วยหรือไม่สบาย โรงพยาบาลคืออีกหนึ่งคำตอบที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วย รักษาพยาบาลอย่างครบวงจร พัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงศึกษาค้นคว้าด้านวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจพร้อมรองรับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลจึงถูกออกแบบให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพและการให้บริการแก่ผู้ป่วยความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนมากขึ้นเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาล การอำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลนั้นๆ รวมไปถึงการเก็บรักษาความลับด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ผู้ให้บริการจึงพยายามพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากขึ้นโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา มาตรฐานระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มาตรฐาน NCD Clinic Plus มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐาน EIA มาตรฐาน HAIT มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบความปลอดภัยจากอค์ศิภัย ทั้งหมดนี้เพื่อเป็นการรับรองให้ผู้รับบริการทุกท่านจะได้รับบริการที่มีคุณภาพภายใต้มาตรฐานสากล

กลยุทธ์ :

พัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการบริหารจัดการสู่มาตรฐานขององค์กรและสถาบันต่างๆ ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารและทีมงานคุณภาพที่เข้มแข็งโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคีเครือข่าย และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ

แผนดำเนินการ

พัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการบริหารจัดการสู่มาตรฐานขององค์กรและสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะมาตรฐาน HA มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) มาตรฐานการพยาบาล (QA) มาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มาตรฐาน NCD Clinic Plus มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐาน EIA มาตรฐาน HAIT มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด

ค่าเป้าหมาย : K3 ความสำเร็จในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	รพ. (กำหนดเอง)	3.5	3.46	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
U0302 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	NA	66.46	85	95	95	95	95
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล(QA)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	เกณฑ์มาตรฐาน QA	NA	86.66	75	87	88	89	90
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	เกณฑ์มาตรฐานเทคนิคการแพทย์	81.25	82.00	82	84	86	88	90
U0305 ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า3.5	เกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	3.07	3.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีฯ	95	95.00	95	96	97	98	99

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	เกณฑ์มาตรฐาน NCD Clinic Plus	NA	82.28	85	87.5	90	92.5	95
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน (37.36)	ผ่าน (36)	ดี (40)	ดีมาก (44)	ดีมาก (48)	ดีเด่น (52)
U0309 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	เกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	90	93.42	95	95	95	95	95
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	เกณฑ์มาตรฐาน EIA	56.8	70.59	70	75	80	85	90
U0311 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	เกณฑ์มาตรฐาน HAIT	5.4	30.00	50	60	70	80	90
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ. สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	เกณฑ์มาตรฐาน รพ.สท.พท เป้าหมาย ปี 66 = ร้อยละ 95	95	95.42	95	96	97	98	99
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	เกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด	59	62.3	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมินรายปี
ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
U0302 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	76	80	83	85	87.5
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	60	65	70	75	80
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	70	75	80	82	84
U0305 ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	2.8	2.9	3	3.1	3.2
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	85	90	94	95	96
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	70	75	80	85	88
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	24	28	32	36	40
U0309 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	88	89	90	91	92
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	55	60	65	70	75
U0311 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	20	30	40	50	60
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	92	93	94	95	96
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	45	50	55	60	65

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
U0302 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	80	83	85	95	95
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	65	70	75	87	88
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	75	80	82	84	86
U0305 ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	90	94	95	96	97
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	75	80	85	87.5	90
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	28 คะแนน	32 คะแนน	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน
U0309 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	89	90	31	95	95
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	60	65	70	75	80
U0311 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	30	40	50	60	70
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	93	94	95	96	97
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	50	55	60	65	70

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
U0302 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	83	85	95	95	95
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86	70	75	87	88	89
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	80	82	84	86	88
U0305 ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	94	95	96	97	98
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	80	85	87.5	90	92.5
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	32 คะแนน	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน	48 คะแนน
U0309 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	90	31	95	95	95
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	65	70	75	80	85
U0311 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	40	50	60	70	80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	94	95	96	97	98
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	55	60	65	70	75

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่นต่ำกว่า 3.8	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
U0302 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่นต่ำกว่าร้อยละ 95	85	95	95	95	95
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86	75	87	88	89	90
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	82	84	86	88	90
U0305 ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	95	96	97	98	99
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	85	87.5	90	92.5	95
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน	48 คะแนน	52 คะแนน
U0309 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	31	95	95	95	95
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	70	75	80	85	90
U0311 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	50	60	70	80	90
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	95	96	97	98	99
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	60	65	70	75	80

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่นต่ำกว่า 3.8	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9
U0302 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) ไม่นต่ำกว่าร้อยละ 95	95	95	95	95	95
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86	87	88	89	90	91
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	84	86	88	90	92
U0305 ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	96	97	98	99	100

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	87.5	90	92.5	95	96
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	40 คะแนน	44 คะแนน	48 คะแนน	52 คะแนน	53 คะแนน
U0309 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	95	95	95	95	96
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	95
U0311 โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	60	70	80	90	100
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99	96	97	98	99	100
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0301 ถึง U0313}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0301 ถึง U0313}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพรพรรณ ตั้งวงศ์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0301 ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ ซึ่งการรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ โดยก่อนที่จะขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่จะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลมาก่อนอย่างเข้มข้น จึงก่อให้เกิดประโยชน์และการพัฒนาโรงพยาบาลอันจะส่งผลดีต่อระบบบริการอย่างแท้จริง สำหรับโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้รับการรับรองคุณภาพมาแล้วเมื่อ ปี 2565 และจะครบรอบการประเมินซ้ำ (Reaccredited) ในปี 2569 จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการ

1. ทบทวนระบบงานตามมาตรฐาน HA
2. เตรียมการและรับการประเมินมาตรฐานตามวิชาชีพและมาตรฐานที่กำหนด
3. พัฒนาระบบงานต่อเนื่องเพื่อเตรียมรับการประเมิน
4. รับการประเมินซ้ำมาตรฐาน HA และผ่านการรับรองคุณภาพ HA จากการประเมินซ้ำ
5. ดำเนินการและพัฒนาต่อเนื่องเพื่ออำนวยการไว้และเตรียมรับการประเมินซ้ำครั้งถัดไป

ค่าเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่า 3.8

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
ประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.5	3.46	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$
คะแนนเต็ม (5 คะแนน)

คำอธิบาย : โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA จากการประเมินซ้ำ พิจารณาจากการดำเนินงานตามแผนดำเนินการที่วางไว้ตามลำดับ ข้อ 1-5

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวศิริขวัญ จุลภักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0302. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ มีเจตนารมณ์เพื่อให้สถานพยาบาล ต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร โดยการประเมินตนเองครบทั้ง 9 ด้าน ได้แก่

- ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ
- ด้านที่ 2 ด้านบริการสุขภาพ
- ด้านที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก
- ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม
- ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย
- ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ
- ด้านที่ 8 ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
- ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

แผนดำเนินการ

1. ทบทวนระบบงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
2. เตรียมการประเมินตนเองครบทุกด้าน
3. พัฒนาระบบงานต่อเนื่อง เพื่อการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
4. ประเมินตนเองและจากผู้ประเมินครบทั้ง 9 ด้าน
5. ดำเนินการและพัฒนาต่อเนื่องเพื่อที่จะได้ระดับคุณภาพ

ค่าเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0202. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	NA	66.46	85	95	95	95	95

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0202. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	76	80	83	85	87.5

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0202. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	80	83	85	95	95

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0202. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	83	85	95	95	95

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0202. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	85	95	95	95	95

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0202. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.)ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95	95	95	95	95	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนตัวชี้วัด} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของตัวชี้วัด}}$

คำอธิบาย : โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ พิจารณาจากการประเมินตนเองและจากผู้ประเมินครบทั้ง 9 ด้าน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ :

ด้านที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ (1. นายดุริยางค์ วาสนา, 2.นางสาวศิริขวัญ จุลภักดิ์)

ด้านที่ 2 ด้านการบริการสุขภาพ (1. นางสาวศิริขวัญ จุลภักดิ์)

ด้านที่ 3 เกณฑ์การประเมินด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

(1.นายดุริยางค์ วาสนา 2.นายสิทธิพร นาคสวาท 3.นายศุภชัย อุไร)

ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (1.นางสาวอนงค์นาง พัฒธร, 2.นางสาวสุมาลี ทองสีด้า)

ด้านที่ 5 ด้านความปลอดภัย (1. นางเสาวภา แก่นศิริ 2. นางสาวสุมาลี ทองสีด้า 3. นายสิทธิพร นาคสวาท)

ด้านที่ 6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข(1. นพ.ณัฐภัทร สรรเพชร 2. นายสิทธิพร นาคสวาท)

ด้านที่ 7 ด้านระบบสนับสนุนที่สำคัญ (1.นายสิทธิพร นาคสวาท 2. นายดุริยางค์ วาสนา

ด้านที่ 8 ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ (1. นางสาวสุดารัตน์ สุขแพ 2. นางสาวอภิรดี แก้วทวี

ด้านที่ 9 ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (1.นางสาวนภสร ทุมเพ็ญ)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางพรพรรณ ตั้งวงศ์ ตำแหน่ง ทันแพทย์ชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในยุคของการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเดินไปทางไหน ไม่ว่าจะทำอะไร เราจะได้ยินคำว่า “คุณภาพ” อยู่ เสมอๆ การให้บริการทางการแพทย์ก็เช่นกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความว่าคุณภาพควบคู่ไป ด้วย ทั้งนี้ กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ประกอบด้วยปัจจัยที่หลากหลาย ที่มีวัตถุประสงค์ให้ ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง การให้บริการพยาบาลจึงมุ่งเน้นที่คุณภาพมาก ขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน จึงได้พัฒนาคุณภาพโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้เกิดการ ประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) เกิดขึ้น การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล ตลอดจนการประเมินและรับรองมาตรฐานการ พยาบาล เป็นกระบวนการสำคัญที่สามารถทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กลุ่ม งานการพยาบาล โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จึงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ตอบสนองการมี สุขภาพดีของประชาชน ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบกลไกการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กลุ่มงานการ พยาบาล โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จึงจัดโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล 2566 ขึ้นเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

แผนดำเนินการ

1. พัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานการพยาบาลครบทุกหน่วยงานขององค์กรพยาบาล
2. นิเทศติดตาม
3. รับประเมินจากองค์กรภายนอก(External Survey)จากกองการพยาบาลสำนักปลัดกระทรวง ภายใน ปี2567

ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) 2565	เกณฑ์การให้คะแนน				
		2566	2567	2568	2569	2570
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	NA	75	80	82	84	86

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	60	65	70	75	80

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	65	70	75	80	82

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	70	75	80	82	84

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	75	80	82	84	86

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0303 ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86	80	82	84	86	90

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนรวมที่ได้}}{\text{คะแนนเต็มของแบบประเมิน}} \times 100$

คำอธิบาย : :ผ่านการประเมินและรับรองมาตรฐานจากองค์กรภายนอก 3 หัวข้อ คือ การนำองค์กร กลยุทธ์และการ นิเทศทางการพยาบาล คะแนนเต็มรวม 220 คะแนน โดยมีคะแนนประเมินแต่ละหน่วยงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ประกอบด้วย 1.งานบริหารการพยาบาล 2.งานผู้ป่วยนอก 3.งานผู้ป่วยใน 4.งานห้องคลอด 5.งานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน 6.งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 7.งานฝากครรภ์8.งานคลินิกโรคเรื้อรัง9.งานหอผู้ป่วยหนัก 10. งานห้องผ่าตัด โดยมีเกณฑ์การประเมินงานคุณภาพการพยาบาล ตามมาตรฐาน QA ของแต่ละงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : : ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยคณะกรรมการจากสำนักงานการพยาบาล QA

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : สำนักงานการพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล

1. นางดวงจันทร์ กอธวัช	ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล
2. นางสาวอัจฉรา รัตนวงศ์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางเพชรไพลิน เลื่อนนาวา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญกา

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0304. ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 “วิชาชีพเทคนิคการแพทย์” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่างทางการแพทย์ และการดำเนินการโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการตรวจ ทดสอบ วิเคราะห์ วิจัย และการรายงานผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย การติดตามการรักษา การพยากรณ์โรค และการป้องกันโรคหรือเพื่อการประเมินภาวะสุขภาพ มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565 กำหนดขึ้นเพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งระบบคุณภาพ บำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในห้องปฏิบัติการสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสิ่งตัวอย่างของมนุษย์ เช่น โลหิตวิทยา วิทยาศาสตร์การบริการโลหิต จุลทรรศนศาสตร์คลินิก เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก จุลชีววิทยาคลินิก ประสาทวิทยา พิษวิทยา นิติวิทยาศาสตร์ ชีววิทยาระดับโมเลกุลและมนุษย์พันธุศาสตร์ เทคโนโลยีเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ การทดสอบทางสรีรวิทยาและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่มีลักษณะงานคล้ายกับงานที่กล่าวข้างต้น หรือที่มีชื่อเรียกเป็นอย่างอื่น

การรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ (accreditation) หมายถึง กระบวนการตรวจประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการที่มีการวางระบบพัฒนาคุณภาพ ผ่านเกณฑ์และเงื่อนไข ได้รับการรับรองตามมติสภาเทคนิคการแพทย์ (สทพ.) กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้รับการตรวจประเมิน (Accreditation) และผ่านการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 มีผลถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 (เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้มีการขยายการขอรับรองจากทางสภาเทคนิคการแพทย์ โดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ภายใน วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566)

ในการรับรองมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2565 มีการกำหนดระยะเวลาการรับรอง ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้ดำเนินโครงการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2566 โดยมีรายละเอียด 10 หัวข้อ คือ 1.องค์กรและการบริหาร 2.บุคลากร 3.เครื่องมือห้องปฏิบัติการ 4.การจัดซื้อและการใช้บริการภายนอก 5.การควบคุมกระบวนการ 6.เอกสารคุณภาพ บันทึกและการควบคุมข้อมูล 7.การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและการบริหารความเสี่ยง 8.การตรวจติดตามภายใน 9.กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 10.การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และมาตรฐานความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ(60 ข้อ) โดยมีรายละเอียด 5 หัวข้อ คือ 1.การบริหารจัดการความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ 2.สถานที่และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย 3.การปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย 4.การปฏิบัติงานปลอดภัย 5.การบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ

จากการทำแบบประเมินคุณภาพ (Checklist) มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2566 และการตรวจติดตามภายในจากคณะกรรมการตรวจติดตามภายในระดับจังหวัด ทางกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์การประเมิน และมีความพร้อมที่จะเชิญอาจารย์จากสภาเทคนิคการแพทย์ มา Re-Accreditation ครั้งที่ 1 ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2566 เพื่อให้ห้องปฏิบัติใช้มาตรฐานนี้เป็นแนวทางในการจัดตั้งระบบคุณภาพ อารังรักษา และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1. เสนอโครงการต่อผู้บริหาร เพื่อขออนุมัติ
- 1.2. ประสานงานคณะตรวจประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖5 จากสภาเทคนิคการแพทย์

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1. ต้อนรับคณะตรวจประเมินจากสภาเทคนิคการแพทย์
- 2.2. คณะตรวจประเมินจากสภาเทคนิคการแพทย์ตรวจสอบกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2566

2.3. ประเมินผลตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2566 โดยคณะตรวจประเมินจากสภาเทคนิคการแพทย์

ค่าเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565		2566	2567	2568	2569	2570
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	81.25	82.00	82	84	86	88	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	70	75	80	82	84

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	75	80	82	84	86

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	80	82	84	86	88

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	82	84	86	88	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0304 ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	84	86	88	90	92

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{จำนวนข้อที่ผ่านการประเมิน} \times 100}{\text{จำนวนมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (100 ข้อ)}}$

คำอธิบาย : จำนวนข้อที่ผ่านการประเมิน หมายถึง จำนวนข้อที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการประเมินจากมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 100 ข้อมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 100 ข้อ หมายถึง จำนวนข้อที่รวบรวมมาจากหัวข้อหลัก 10 หัวข้อรวมแล้วเป็น 100 ข้อ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบตรวจประเมินระบบคุณภาพ (Check list 100 ข้อ) มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565

รายละเอียดการประเมิน	ผลดำเนินงาน 2565	ผล ประเมิน	รายละเอียด (หลักฐานที่พบ)
1. องค์กรและการบริหาร 10 ข้อ	72.22		
2. บุคลากร 9 ข้อ	94.44		
3. เครื่องมือห้องปฏิบัติการ 15 ข้อ	92.86		
4. การจัดซื้อแล้ใช้บริการภายนอก 5 ข้อ	90.00		
5.1 สถานที่ สภาวะแวดล้อม และความปลอดภัย 7 ข้อ	64.29		
5.2 การประกันคุณภาพการวิเคราะห์ 8 ข้อ	78.57		
5.3 ขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ 8 ข้อ	87.50		
5.4 ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ 6 ข้อ	91.67		
5.5 ขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์ 3 ข้อ	100.00		
5.6 การรายงานผล 8 ข้อ	100.00		
6. เอกสารคุณภาพ บันทึก และการควบคุมข้อมูล 5 ข้อ	90.00		
7. การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดและการบริหาร ความเสี่ยง 4 ข้อ	50.00		
8. การตรวจติดตามภายใน 4 ข้อ	62.50		
9. กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 5 ข้อ	40.00		
10. การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ 3 ข้อ	66.67		

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : จากเอกสารที่จัดทำ คู่มืองานที่ปฏิบัติ และข้อมูลการบันทึกต่างๆ /เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิค
การแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางยุวดี สุปันตี

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดการบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ระบบยาเป็นส่วนสำคัญยิ่งของระบบสุขภาพ การจัดการความปลอดภัยด้านยา (Drug Safety Management) จะต้องครอบคลุมการจัดการความปลอดภัยในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับยา ตั้งแต่การคัดเลือกและการจัดหา การกระจายยา การเก็บรักษา การส่งใช้ยา การเตรียมยาและการจ่ายยา การบริหารยาและการประเมินและติดตามการใช้ยา นอกจากนั้นความปลอดภัยด้านยายังมีขอบเขตรวมถึงไปถึงการจัดการความปลอดภัยด้านยาในชุมชนในมิติของการกระจายยาที่เหมาะสมและการใช้ยาอย่างปลอดภัย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย การใช้ยาที่เหมาะสม การพัฒนาเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงหรือนวัตกรรมที่นำมาใช้กับการบริหารจัดการระบบยาที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดการความปลอดภัยของยาในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลกาญจนาดิษฐ์มีคะแนนเฉลี่ยในการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเท่ากับ 3.07

แผนดำเนินการ :

1. มีการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ทุกปี
2. พัฒนาระบบงานต่างๆ เพื่อยกระดับความสำเร็จของการพัฒนาความปลอดภัยด้านยา

ค่าเป้าหมาย คะแนนเฉลี่ยการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาไม่น้อยกว่า 3.5

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.07	3.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	2.8	2.9	3	3.1	3.2

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0305. ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3.5	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : -

คำอธิบาย : ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (15 ข้อ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมคะแนน ตามเกณฑ์ให้คะแนน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ภญ.วิรดา คำเนตร

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาววิรดา คำเนตร ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถเห็นความผิดปกติ ที่ไม่สามารถตรวจ พบได้ด้วยวิธีอื่น ๆ การถ่ายภาพรังสีแม้จะมีประโยชน์ แต่การได้รับรังสีก็มีอันตราย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้อง ปกป้องดูแลผู้ป่วยไม่ให้ได้รับรังสีเกินความจำเป็น ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีวินิจฉัยนอกจากต้องมีความรู้และทักษะ ในการจัดทำการฉายรังสีอย่างถูกต้อง ยังต้องตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอันตรายจากรังสีให้กับผู้ป่วย ด้วยการนำระบบคุณภาพมาใช้ในการกำกับการทำงาน รวมถึงการดูแลรักษาเครื่องมือ การให้ความสำคัญแก่ คุณภาพงานบริการ จะช่วยควบคุมปริมาณรังสีให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีภารกิจในการตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยการใช้รังสีจาก เครื่องกำเนิดรังสีเอกซ์ทางการแพทย์ ได้นำข้อกำหนดพื้นฐานขององค์การอนามัยโลก มาพัฒนาเป็นเกณฑ์และ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานบริการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้น อย่างเป็นระบบภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และช่วยคุ้มครองผู้ป่วยจากการได้รับรังสีเอกซ์ที่มากเกินไปเกินความจำเป็น จากการถ่ายภาพรังสี มีการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ด้วยการสัมมนาเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่สร้างความรู้ ความเข้าใจ ในขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ พร้อมทั้งการจัดประชุมอบรมในการสร้างผู้ตรวจประเมิน ต่อมาในปี ๒๕๕๘ ได้จัดทำ เอกสาร “เกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๘” เพื่อใช้เป็นคู่มือการพัฒนาคุณภาพบริการห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย สำหรับปี ๒๕๖๒ ได้ปรับปรุง เอกสารให้ความสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน รวมทั้งจัดทำขั้นตอนของการขอรับการตรวจประเมินห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัยของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็น “มาตรฐานระบบ คุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๒”

แผนดำเนินการ :

1. ทบทวนระบบงานตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข
2. เติร์ยมการและประเมินมาตรฐานตามมาตรฐานที่กำหนด

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 99

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	95	95	95	96	97	98	99

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 95	85	90	94	95	96

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 96	90	94	95	96	97

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย ร้อยละ 97	94	95	96	97	98

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย ร้อยละ 89	95	96	97	98	99

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0306 ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99	96	97	98	99	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{จำนวนข้อที่ผ่านการประเมิน} \times 100}{\text{จำนวนข้อตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ต้องประเมินตามบริบทของโรงพยาบาล}}$

คำอธิบาย : จำนวนข้อที่ผ่านการประเมิน หมายถึง จำนวนข้อที่กลุ่มงานรังสีวิทยาผ่านการประเมินจากมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
รังสีวินิจฉัยที่ต้องประเมินตามบริบทของโรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบตรวจประเมินห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย(Check list) ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : จากเอกสารที่จัดทำ คู่มือปฏิบัติงาน และข้อมูลการบันทึกต่างๆ /เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางพัชรินทร์ โภคากรณ์ ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ

แบบตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (Checklist X-ray)

ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุผลตามความเป็นจริง โดยใส่หมายเลข 1 ดังนี้ มีครบ มีบางส่วน ไม่มีหรือไม่ดำเนินการ และไม่เกี่ยวข้อง (n/a) รวมทั้งระบุ รายละเอียด หรือหลักฐานที่ดำเนินการสอดคล้องตามระบบคุณภาพให้ครบทุกข้อ

ข้อที่	ระบบคุณภาพมาตรฐานงานบริการ	ไม่เกี่ยวข้อง	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รายละเอียด/ หลักฐานที่พบ
		n/a				
1. องค์กรและการบริหาร						
1	1.1 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีการบริหารจัดการ โดยการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น ให้เป็นเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีการจัดทำหรือแสดงผัง โครงการ และการบริหารภายในองค์กร					
2	1.2 ผู้บริหารรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายคุณภาพ โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ และ สนับสนุนทรัพยากร ให้เพียงพอต่อการบริการ รวมทั้งมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร และมีนโยบายให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					
3	1.3 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มีนโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ในการป้องกันข้อมูลที่เป็นความลับ และสิทธิของผู้ป่วย และด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ					
4	1.4 มีการศึกษาข้อมูลและสถิติ นำมาเป็นตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น มีผลการศึกษาระยะเวลาทำการของการรอกคอยก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางรังสี และระยะเวลาทำการในการรับบริการทั้งหมด อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ การศึกษาข้อมูลการมารับการตรวจทางรังสีตามนัด มีการสำรวจความพึงพอใจและความคาดหวังของ ผู้รับบริการทั้งภายใน และภายนอก และนำผลสำรวจความพึงพอใจมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการให้บริการ					
2. บุคลากร						
5	2.1 มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการ ตามข้อกำหนดในงานบริการทางรังสีวิทยา					
6	2.2 คุณสมบัติของบุคลากรผู้ให้บริการงานรังสีวินิจฉัยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ					
7	2.3 มีบุคลากรทางด้านวิชาชีพรังสี ปฏิบัติงาน ได้ตลอดเวลาที่ให้บริการ (ตามบริบทหน่วยงาน)					
8	2.4 มีการประเมินความสามารถบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านรังสี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

3. เครื่องมือและอุปกรณ์						
	3.1 เครื่องมือทางรังสีวิทยาต้องมีสภาพพร้อมใช้งาน มีจำนวนเพียงพอตามความจำเป็นในการให้บริการตามข้อกำหนดดังตารางและต้องได้มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย มีรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพ โดยหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานระบบ ISO/IEC 17025 อย่างน้อยทุก 1 ปี					
9	3.1.1 เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป					
10	3.1.2 เครื่องเอกซเรย์ชนิดเคลื่อนที่					
11	3.1.3 เครื่องส่องตรวจทางรังสี					ไม่ประเมิน
12	3.1.4 เครื่องเอกซเรย์พื้น					
13	3.1.5 เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์					
14	3.1.6 เครื่องเอกซเรย์เค้านม					ไม่ประเมิน
15	3.1.7 เครื่องวัดความหนาแน่นมวลกระดูก					ไม่ประเมิน
16	3.1.8 เครื่องตรวจด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง (MRI)					ไม่ประเมิน
17	3.1.9 เครื่องอัลตราซาวด์					
	3.2 มีอุปกรณ์ป้องกันรังสีสามารถป้องกันรังสีได้มีสภาพดีจำนวนเพียงพอตามบริบทของโรงพยาบาล					
18	3.2.1 เสื้อยางผสมตะกั่ว 1 ตัว/ห้องเอกซเรย์					
19	3.2.2 Thyroid Shield 1 อัน/ห้องเอกซเรย์					
20	3.2.3 Gonad Shield 1 อัน/ห้องเอกซเรย์					
21	3.2.4 ถุงมือยางผสมตะกั่ว					
22	3.2.5 แว่นตากันรังสี					
23	3.2.6 ฉากตะกั่ว					
24	3.3 ระบบไฟฟ้าสำหรับห้องตรวจทางรังสี มีแสงควบคุมเฉพาะ และแสดงค่าความต่างศักย์ไฟฟ้า (Volt meter)					
	3.4 มีอุปกรณ์ประกอบที่ใช้ถ่ายภาพรังสี ได้แก่					
25	3.4.1 เตียงเอกซเรย์พร้อมใช้งานสะอาด					
26	3.4.2 Chest Bucky Stand พร้อมใช้งานสะอาด					
27	3.4.3 กาสเซท/สกรีนหรือแผ่นเพลทเพียงพอพร้อมใช้งานสะอาด					
28	3.4.4 กริด/กริดคาสเซท พร้อมใช้งานสะอาด					
29	3.4.5 อุปกรณ์ช่วยในการถ่ายภาพ เช่น ที่จับฟิล์มคาสเซต อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนักสะอาด ไม่ชำรุด					
30	3.5 มีอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพร้อมใช้งานสะอาด					
31	3.6 เสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วยใส่ต้องสะอาดและเพียงพอไม่ใช้ซ้ำ สภาพดี มีที่ซักเก็บแยกก่อนและหลังใช้งาน					
32	3.7 วัสดุและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วย เช่น ยาระบาย สารเปรียบต่าง (Contrast media) มีคุณภาพไม่หมดอายุ/ไม่เสื่อมสภาพ/จัดเก็บอย่างเหมาะสม/เพียงพอ					
33	3.8 มีระบบการเบิกจ่ายพัสดุมีบันทึกการเบิกจ่าย ด้วยระบบพัสดุแบบหมดอายุก่อน-ออกก่อน (First Expire date, First out)					

4. การประกันคุณภาพ						
34	4.1 บุคลากรทางด้านวิชาชีพรังสีได้รับการอบรมเรื่องการประกันคุณภาพงานรังสีวินิจฉัย					
35	4.2 มีการวิเคราะห์คุณภาพภาพถ่ายรังสี อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ และแผนการแก้ไข ปรับปรุงทุก 3 เดือนมีอัตราฟิล์มเสีย และ/หรือ อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ไม่นเกินร้อยละ 3					
4.3 การควบคุมคุณภาพเครื่องมือทางรังสีวิทยา						
36	4.3.1 มีแผนการควบคุมคุณภาพเครื่องมือครอบคลุมทุกรายการเครื่องมือ					
37	4.3.2 มีการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ (Quality control testing) ครอบคลุมทุกรายการเครื่องมือ และทุกรายการทดสอบที่จำเป็นตามแผนที่กำหนด					
38	4.3.3 มีแบบบันทึกและรายงานผลการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ และดำเนินการได้ครบถ้วนตามมีแนวทางแก้ไขหากพบว่าผลการทดสอบอยู่นอกเกณฑ์ที่ยอมรับได้					
4.4 การควบคุมคุณภาพระบบสร้างภาพรังสี						
4.4.1 กรณีการสร้างภาพแบบฟิล์ม						
39	4.4.1.1 มีการควบคุมคุณภาพกระบวนการล้างฟิล์ม (Film processing) ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนน้ำยาล้างฟิล์ม					ไม่ประเมิน
40	4.4.1.2 มีการสื่อสาร/แสดง สถานะคุณภาพเครื่องล้างฟิล์มในแต่ละวันให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้รับทราบ					ไม่ประเมิน
41	4.4.1.3 มีการควบคุมคุณภาพห้องล้างฟิล์มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ห้องล้างฟิล์ม สะอาด แห้ง ไม่มีแสงรั่วและไม่มียกสิ่งสกปรกที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ					ไม่ประเมิน
42	4.4.1.1 มีการทดสอบคุณภาพผู้ส่งฟิล์มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					ไม่ประเมิน
4.4.2 กรณีสร้างภาพแบบดิจิทัลมีขบวนการควบคุมคุณภาพขั้นพื้นฐานดังนี้						
43	4.4.2.1 มีการทดสอบคุณภาพจอภาพ (Displayed monitor) อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี					
44	4.4.2.2 มีการทดสอบประสิทธิภาพการลบสัญญาณ (Erasure plate) ทุก 48 ชั่วโมง					ไม่ประเมิน
45	4.4.2.3 มีการประเมินระดับสัญญาณรบกวนภายใน /สัญญาณมืด (Dark noise) 6 เดือน/ครั้ง					
46	4.5 มีการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ป้องกันรังสี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
5. การควบคุมเอกสาร						
47	5.1 มีบัญชีรายชื่อเครื่องมือ รวมทั้งประวัติการติดตั้ง ราคาเครื่องบริษัทผู้ผลิตและข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ					
48	5.2 มีคู่มือการใช้งานประจำเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ					
49	5.3 มีเอกสารบันทึกประวัติการบำรุงรักษา (Preventive maintenance) หรือซ่อมบำรุง (Corrective maintenance) อย่างต่อเนื่องมีการบันทึกทุกครั้งและเป็นปัจจุบัน					
50	5.4 ภาพถ่ายรังสี/ไฟล์ภาพถ่ายทางรังสีของผู้ป่วยถูกเก็บในสถานที่ที่มีการป้องกันการเข้าถึงของผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต					

6. สถานที่และสิ่งแวดล้อม						
สถานที่						
6.1 ห้องตรวจทางรังสี						
51	6.1.1	ผนังทุกด้านสามารถป้องกันรังสีได้ในระดับที่ปลอดภัย และมีการแสดงปริมาณรังสี ในบริเวณที่เห็น ได้อย่างชัดเจน เพื่อเตือนให้บุคคลทั่วไปได้รับทราบ				
52	6.1.2	ประตูเข้าออกห้องตรวจทางรังสีควรมีขนาดกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยพร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถนั่ง เพล สามารถเปิด-ปิดและผ่านเข้าออกได้สะดวก และสามารถกันรังสีได้ในระดับที่ปลอดภัยและมีการแสดงปริมาณรังสี ในบริเวณที่เห็น ได้อย่างชัดเจน				
53	6.1.3	มีการกำหนดพื้นที่ควบคุม (Controlled area) โดยมีสิ่งแสดงแนวเขตพื้นที่ควบคุม และเครื่องหมายห้ามไม่ให้บุคคลากรที่ไม่มีหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง หรือบุคคลภายนอกเข้าไปในพื้นที่ควบคุม เว้นแต่จะ ได้รับอนุญาตและต้องอยู่ในความดูแลของบุคคลากรในข้อ 2.1				
6.2 ผนังกันจุดควบคุมการฉายรังสี (Control booth)						
54	6.2.1	อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและสามารถป้องกันรังสีได้ในระดับที่ปลอดภัย				
55	6.2.2	มีช่องมองผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน และสามารถกันรังสีได้ในระดับที่ปลอดภัย				
6.3 ภายในห้องตรวจทางรังสี						
56	6.3.1	มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น และผู้ป่วยที่นอนบนเตียง เข้ารับบริการ				
57	6.3.2	ภายในห้องตรวจทางรังสีมีความสว่างเพียงพอ และภายใต้บริเวณจุดที่ผู้ป่วยรับการถ่ายภาพเอกซเรย์เมื่อทำการกำหนดขนาดลำรังสีต้องสามารถมองเห็นขนาดลำรังสีได้ชัดเจน				
58	6.3.3	มีพื้นที่รองรับบริการเป็นสัดส่วน มีป้ายบอกชัดเจน เช่น ส่วนรองรับบริการส่วนบุคคลผู้ป่วย				
59	6.3.4	มีพื้นที่ลงทะเบียนเพื่อติดต่อกับผู้รับบริการที่สามารถมองเห็นผู้รอรับบริการได้ชัดเจน เป็นสัดส่วน				
60	6.3.5	มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าที่มีประตูล็อกและปุ่มสัญญาณให้คนใช้กดกรณียกเงิน มีอากาศถ่ายเทสะดวก				
61	6.3.6	หากมีบริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ต้องมีห้องสุขาอยู่ภายในห้องตรวจสะอาด แห้ง และไม่มีกลิ่นมีปุ่มสัญญาณให้คนใช้กดกรณียกเงิน				
62	6.3.7	เส้นทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ระหว่างงานรังสีวินิจฉัยกับห้องฉุกเฉิน หรือคิผู้ป่วยนอก) สะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวาง ปลอดภัยมีทางลาดที่สามารถให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็น และนอนเตียงมารับบริการได้อย่างสะดวก				

79	7.1.9 มีแนวทางการคัดแยกขยะติดเชื้อก่อนส่งไปกำจัด					
80	7.1.10 มีวัสดุและเวชภัณฑ์ด้านความปลอดภัยให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน น้ำยาล้างมือ น้ำยาทำความสะอาด พร้อมทั้งจัดเก็บที่สะอาดและเป็นระเบียบ					
81	7.1.11 มีการติดตั้งสายดินเพื่อป้องกันไฟฟ้าช็อต ไฟฟ้ารั่วของอุปกรณ์ เครื่องมือสำคัญ					
7.2 ความปลอดภัยของผู้รับบริการ						
82	7.2.1 มีระบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยขณะรอรับบริการอยู่ในพื้นที่ขณะให้บริการถ่ายภาพรังสี และขณะเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องมีพยาบาลติดตามดูแล และมีเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลรอรับผู้ป่วยกลับได้ทันที					
83	7.2.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเจ้าหน้าที่งานรังสีวินิจฉัยได้รับการฝึกอบรมการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง					
7.3 กรณีที่มีการใช้สารเปรียบต่าง						
84	7.3.1 มีแนวทางการปฏิบัติ/คู่มือการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้สารเปรียบต่าง					
85	7.3.2 มีหลักฐานการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยสูงอายุและอื่นๆ					
86	7.3.3 มีการวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) ก่อนการตรวจพิเศษทางรังสีทุกครั้ง					
87	7.3.4 มีแนวทางปฏิบัติกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินขณะให้บริการรังสีวินิจฉัย					
88	7.3.5 มีการประเมินค่าปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยและไม่เกินค่าอ้างอิง					
89	7.3.6 มีกระบวนการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อครอบคลุมตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ					
7.4 หน่วยให้บริการต้องมีระบบป้องกันอันตรายจากรังสีและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ ดังนี้						
90	7.4.1 มีการใช้อุปกรณ์จำกัดลำรังสี (Collimator) เฉพาะส่วนที่ต้องการตรวจ ที่สามารถใช้งานได้ดี และได้มาตรฐาน					
91	7.4.2 การป้องกันรังสีให้ผู้รับบริการ ด้วยอุปกรณ์ป้องกันรังสีเช่น Gonad shield, Thyroid shield หรือแผ่นตะกั่วกันรังสี					
92	7.4.3 มีการป้องกันรังสีให้ญาติ หรือผู้ติดตามในกรณีที่ต้องให้จับผู้ป่วย ด้วยอุปกรณ์ เช่น เสื้อยางผสมตะกั่วเป็นต้น					
93	7.4.4 มีมาตรการในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการซักซ้อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

	7.5 มีการจัดการความเสี่ยงให้กับผู้รับบริการ (Risk Management) มีหลักฐานการวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำแผนจัดการความเสี่ยงประจำปีของแผนก ดังนี้					
94	7.5.1 ผู้ป่วยตั้งครรภ์					
95	7.5.2 การใช้สารเปรียบต่าง					
96	7.5.3 การติดเชื้อ					
97	7.5.4 การได้รับปริมาณรังสีเกินความจำเป็น/ค่าปริมาณรังสีอ้างอิง					
98	7.6 มีการสรุปรายงานผลการจัดการความเสี่ยงอย่างน้อยปีละครั้ง					
8. กระบวนการให้บริการทางรังสี						
99	8.1 มีคู่มือการปฏิบัติงานทางรังสีสำหรับเจ้าหน้าที่					
100	8.2 มีตารางเทคนิคการให้ปริมาณรังสี (Technical chart) หรือ โปรโตคอล (Protocol) ติดตั้งอยู่ในพื้นที่ หรือห้องควบคุมเครื่อง กำเนิดรังสี หรือใน โปรแกรมของเครื่อง เพื่อผู้ปฏิบัติงานสามารถ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานได้					
101	8.3 การทวนสอบคำสั่งเอกซเรย์กับพยาธิสภาพของผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนให้บริการ					
102	8.4 การรับผู้ป่วย มีการซักประวัติ ตรวจสอบความถูกต้องของ ผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการรวมถึงการป้องกัน รังสีให้ผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย					
103	8.5 มีการทวนสอบผู้รับบริการในวัยเจริญพันธุ์ ถึงโอกาสในการ ตั้งครรภ์ ทุกครั้ง					
104	8.6 มีระบบสื่อสารภายในแผนกและระหว่างแผนกหรือระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ					
105	8.7 กรณีที่มีให้บริการตรวจพิเศษทางรังสี การนัดผู้ป่วยมีการ อธิบายและให้คำแนะนำที่จำเป็นและมีกระบวนการในการ ติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจตามนัด					
106	8.8 ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการ ถ่ายภาพทางรังสี และหลังการตรวจ ได้แก่คำแนะนำในเรื่องที่มี ความสำคัญอย่างยิ่ง หรือผู้รับบริการจดจำได้ยาก จัดทำเป็นลาย ลักษณ์อักษรที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการ และ/หรือญาติใช้ ทบทวนได้					
107	8.9 การตรวจพิเศษทางรังสี ผู้รับบริการได้รับการทวนสอบความ เข้าใจขั้นตอนการตรวจพิเศษต่าง ๆ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง					
108	8.10 การตรวจพิเศษทางรังสี ที่มีการใช้สารเปรียบต่าง กระทำ โดยแพทย์					
109	8.11 มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เช่น ภาพทางรังสี ผลการ วินิจฉัยของรังสีแพทย์ ทั้งระหว่างแผนกและระหว่างหน่วยงาน ที่มีประสิทธิภาพ					

9. การรายงานผล						
110	9.1 มีการควบคุมคุณภาพภาพถ่ายทางรังสีก่อนส่งมอบให้แพทย์					
111	9.2 ภาพถ่ายทางรังสีที่ได้จากการตรวจ มีคุณภาพ ชัดเจน					
112	9.3 ซองพร้อมภาพถ่ายทางรังสี มีรายละเอียดครบถ้วน ชัดเจน ต้องมีชื่อ โรงพยาบาล มีข้อมูลผู้รับบริการและรายละเอียดที่จำเป็น แสดงวันเวลาที่ทำการตรวจ แสดงเครื่องหมายข้างซ้ายและข้างขวาที่เป็นสากล					
113	9.4 ข้อมูลผู้ป่วยที่ปรากฏบนซองภาพถ่ายทางรังสี มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ปรากฏบนภาพทางรังสี และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ในซอง					

10. การติดตามและประเมินผล						
114	10.1 ห้องปฏิบัติการต้องนำข้อมูลการทบทวนระบบบริหารคุณภาพการปฏิบัติแก้ไข การป้องกัน โอกาสเสี่ยงการเกิดซ้ำ มาเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแผนพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง					

สรุปผลการตรวจประเมินรายหัวข้อ

ที่	ข้อกำหนด	จำนวนข้อ (ข้อ)				
		N/A	มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	รวม
1	หัวข้อที่ 1 องค์กรและการบริหาร	0	0	0	0	4
2	หัวข้อที่ 2 บุคลากร	0	0	0	0	4
3	หัวข้อที่ 3 เครื่องมือและอุปกรณ์	4	0	0	0	25
4	หัวข้อที่ 4 การประกันคุณภาพ	5	0	0	0	13
5	หัวข้อที่ 5 การควบคุมเอกสาร	0	0	0	0	4
6	หัวข้อที่ 6 สถานที่และสิ่งแวดล้อม	1	0	0	0	20
7	หัวข้อที่ 7 ความปลอดภัย	1	0	0	0	28
8	หัวข้อที่ 8 กระบวนการให้บริการทางรังสี	0	0	0	0	11
9	หัวข้อที่ 9 การรายงานผล	0	0	0	0	4
10	หัวข้อที่ 10. การติดตามภายในและประเมินผล	0	0	0	0	1
	รวม	11	0	0	0	114

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0207. ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คະแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ปัจจุบัน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีมารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ และมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือควบคุมความดันโลหิตได้ก็จะส่งผลตามมาในเรื่องของการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมา การพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการ

การพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนางานคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงานเพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข

คำเป้าหมาย โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน NCD Clinic Plus

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565		2566	2567	2568	2569	2570
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คະแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	86	82.28	85	87.5	90	92.5	95

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คະแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	70	75	80	85	87.5

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คະแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	75	80	85	87.5	90

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	80	85	87.5	90	92.5

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	85	87.5	90	92.5	95

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0307 ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	87.5	90	92.5	95	96

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ระดับ คะแนนประเมิน คุณภาพ NCD Clinic Plus โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่ใช้วัดผล ทั้งหมด 13 ตัว

ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพงาน

คำอธิบาย : ระดับ คะแนนประเมิน คุณภาพ NCD Clinic Plus

ต่ำกว่าพื้นฐาน < 65 คะแนน

ระดับพื้นฐาน 65-74 คะแนน

ระดับดี 75- 79 คะแนน

ระดับดีมาก 80 – 84 คะแนน

ระดับดีเด่น 85-100 คะแนน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การประเมิน NCD Clinic Plus

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางมณฑิรา สุทธิรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2566 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังจากเมื่อสามปีก่อน นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2566 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 0.5% สำหรับอำเภอกาญจนดิษฐ์ มีผู้สูงอายุ ในปี 2566 จำนวน 16,058 คน คิดเป็น 17 % ของประชากรทั้งหมด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาล M2 ขึ้นไป จำเป็นต้องมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ค่าเป้าหมาย ระดับดีเด่น

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565		2566	2567	2568	2569	2570
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน (37.36)	ผ่าน (36)	ดี (40)	ดีมาก (44)	ดีมาก (48)	ดีเด่น (52)

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	24 คะแนน	28 คะแนน	32 คะแนน	36 คะแนน	40 คะแนน

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	28 คะแนน	32 คะแนน	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	32 คะแนน	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน	48 คะแนน

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน	48 คะแนน	52 คะแนน

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0308 ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน)	40 คะแนน	44 คะแนน	48 คะแนน	52 คะแนน	53 คะแนน

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

คะแนนการประเมิน	1. ด้านอาคารสถานที่	13 คะแนน
	2. ด้านบุคลากร	12 คะแนน
	3. ด้านการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	27 คะแนน

คำอธิบาย : เกณฑ์การประเมินของโรงพยาบาล

20 คะแนน	ผ่านเกณฑ์
36 คะแนน	ระดับดี
44 คะแนน	ระดับดีมาก
52 คะแนน	ระดับดีเด่น

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ HDC สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางอัมพา โต้ะบาย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0309. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

จากนโยบายของกรมอนามัยกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมีการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐานภายใต้เป้าหมายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้มีการตอบสนองต่อนโยบายของกรมอนามัยและนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีในการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อยกระดับเป็นโรงพยาบาล ระดับ M1 เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน ลดอัตราการตายของมารดาและทารก ในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้แก่ งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอดและคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยมีสูติแพทย์ 2 ท่าน และกุมารแพทย์ 2 ท่าน ร่วมกับทีมงานในการขับเคลื่อน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเป็นมาตรฐานกำกับ มีการควบคุมกำกับการพัฒนาโดยคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ซึ่งจะมีการประเมินรับรองคุณภาพทุก 3 ปี

แผนดำเนินการ :

พัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐาน

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ
2. พัฒนามาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ
3. พัฒนามาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ
4. พัฒนามาตรฐานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ
5. พัฒนามาตรฐานงานหลังคลอดคุณภาพ
6. ออกนิเทศและติดตามงานอนามัยแม่และเด็กในหน่วยบริการปฐมภูมิ
7. รับการประเมินมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก จากทีม MCH Board ระดับจังหวัด

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565		2566	2567	2568	2569	2570
การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	90	93.42	95	95	95	95	95

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	88	89	90	31	92

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	89	90	31	95	95

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	90	31	95	95	95

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	31	95	95	95	95

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95	95	95	95	95	96

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่มีคะแนนประเมินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยงานที่รับการประเมินทั้งหมด}}$

คำอธิบาย : ผ่านการประเมินมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็กทุกหน่วยงาน โดยมีคะแนนประเมินแต่ละหน่วยงานมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ประกอบด้วย ทีมนำ งานฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานหลังคลอด คลินิกสุขภาพเด็กดี Club นมแม่ และ โรงเรียนพ่อแม่

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยทีม MCH Board ระดับจังหวัด

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล 1. นายแพทย์อภิเดช ลีธัญราวัฒน์
2. นางกนกพร ชูประสูตร

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การควบคุมภายใน ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และเพื่อคัดกรองความเสี่ยงการปฏิบัติงานและให้ข้อเสนอแนะการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยผ่านการประเมินทั้ง 5 มิติ ได้แก่

1. มิติด้านการเงิน
2. มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล
3. มิติด้านงบการเงิน
4. มิติด้านบริหารพัสดุ
5. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง

แผนดำเนินการ : ดำเนินการประเมินตนเองทุกปี

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	56.75	70.59	70	75	80	85	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	55	60	65	70	75

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	60	65	70	75	80

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	65	70	75	80	85

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	70	75	80	85	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0310 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนตัวชี้วัด} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของตัวชี้วัด}}$

คำอธิบาย : โรงพยาบาลผ่านการประเมินทั้ง 5 มิติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบทั้ง 5 มิติ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานเรียกเก็บและจัดหารายได้ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 การจัดการบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถรองรับการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย สามารถบริหารจัดการการใช้งานระบบเครือข่าย ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 และเพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมาตรฐาน HAIT อีกทั้งการรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และปรับปรุงการบริหารจัดการการดำเนินงาน/การปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของระบบสารสนเทศ ซึ่งอาจมีปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในที่ส่งผลกระทบต่อระบบสารสนเทศ รวมทั้งอุปกรณ์เครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่อาจจะเกิดความเสียหาย จึงมีการเตรียมความพร้อมในการแก้ไขสถานการณ์ความไม่แน่นอนและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นกับระบบสารสนเทศ ในการรักษาความมั่นคงของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ และการให้ความรู้กับบุคลากรให้มีความเข้าใจในการใช้งานระบบสารสนเทศ รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะการใช้งานของบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ เพื่อให้ระบบสารสนเทศ สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับระบบคอมพิวเตอร์ ระบบเครือข่าย ระบบสารสนเทศและบุคลากร

แผนดำเนินการ

1. จัดทำและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT เช่น การใช้งานโปรแกรม การเก็บรักษาความลับผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ การป้องกันไวรัส เป็นต้น
2. จัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ป้องกันความลับผู้ป่วยให้รั่วไหลทุกช่องทาง รวมทั้งช่องทาง Social Media ทุกด้าน
3. มีการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลที่มั่นคงปลอดภัยได้มาตรฐานทางกายภาพตามกรอบการพัฒนาคุณภาพ (HITQIF)
4. จัดทำแผนเพิ่มหรือจัดการศักยภาพของทรัพยากรด้าน Hardware Software และ Network

ค่าเป้าหมาย : โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565		2566	2567	2568	2569	2570
U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	4 คะแนน ร้อยละ 5.4	30.00	50	60	70	80	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	20	30	40	50	60

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	30	40	50	60	70

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	40	50	60	70	80

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	50	60	70	80	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0311. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HA IT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)	60	70	80	90	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $(U0311 \times 100) / \text{คะแนนเต็มของ U0311}$

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ดำเนินการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของโรงพยาบาล โดยใช้แนวทางการประเมินตามมาตรฐาน HAIT มาเป็นต้นแบบในการวางแผนการพัฒนาและออกแบบประเมินให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ

หมายถึง แผนที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ของ โรงพยาบาล ต่อด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ถอดออกมาเป็นแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่แยกออกเป็นเป้าประสงค์เทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน 1	ทำแล้ว 2	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
1.1 มีการจัดทำแผนแม่บท IT ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร				อธิบายวิธีการจัดทำแผนโดยละเอียด
1.2 การจัดทำแผนโดยการมีส่วนร่วมของ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้ง ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นผู้ใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ				อธิบายผู้ที่ร่วมจัดทำแผนโดยละเอียด
1.3 มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลแล้ว ถอดออกมาเป็นยุทธศาสตร์ IT				อธิบายการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ความสำเร็จ
1.4 แผนแม่บท IT มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล				อธิบายว่าแผน IT สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลอย่างไร
1.5 แผนแม่บท IT ตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย/บริการสุขภาพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น				อธิบายว่าแผน IT ตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
1.6 มีการสื่อสารแผนแม่บท IT ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ และดำเนินการตามแผนในแนว เดียวกัน				อธิบายวิธีการสื่อสารแผน IT ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง
1.7 มีการดำเนินการตามแผนแม่บท IT จน เกิดผลสำเร็จ				อธิบายวิธีการดำเนินการตามแผน IT
1.8 มีการตรวจสอบ การติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนแม่บท IT และนำผลการประเมินมาปรับแผนแม่บทให้ดีขึ้น				อธิบายวิธีการตรวจสอบและประเมินผลการ ดำเนินการตามแผน IT

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ระยะ 3-5 ปี
2. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล
3. แผนปฏิบัติการตามเป้าประสงค์เทคโนโลยีสารสนเทศ

2. การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบการจัดการความเสี่ยงจะเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงทุกด้านที่จะเกิดขึ้นต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลให้คะแนนความเสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญ จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วย ผลการประเมินความเสี่ยง ยุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยงและแผนปฏิบัติการที่กำหนดระยะเวลาที่จะดำเนินการตามแผนในช่วง 1 ปี เมื่อจบการดำเนินการตามแผนต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานและนำผลการประเมิน มาปรับปรุงเป็นแผนในรอบปีต่อไป รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้วย

องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน 1	ทำแล้ว 2	อธิบายรายละเอียด เพิ่มเติม
2.1 มีกระบวนการประเมินและให้คะแนนความเสี่ยงของระบบ IT อย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย				อธิบายวิธีการประเมินความเสี่ยงและการให้คะแนนความเสี่ยงและการจัดลำดับความสำคัญ
2.2 มีแผนจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดกลยุทธ์ โครงการ ระยะเวลาดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ อย่างชัดเจน				อธิบายการกำหนดยุทธศาสตร์ความเสี่ยง และการจัดทำแผนจัดการความเสี่ยง
2.3 มีการดำเนินการตามแผนจัดการความเสี่ยง				อธิบายการดำเนินการตามแผนจัดการความเสี่ยง
2.4 มีการวัดติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ จัดการความเสี่ยง และวิเคราะห์ผลการประเมิน จัดทำเป็นรายงาน				อธิบายการวัดติดตามและการประเมินผลดำเนินการตามแผนจัดการความเสี่ยง
2.5 มีการนำผลการประเมินการดำเนินการ จัดการความเสี่ยงมาปรับแผนการจัดการความเสี่ยงให้ดีขึ้น				อธิบายนำผลการประเมินผลการดำเนินการ ตามแผนจัดการความเสี่ยงมาปรับแผนการ ดำเนิน

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. วิธีการและผลการประเมินความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. แผนยุทธศาสตร์การจัดการความเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญตามผลการประเมินความเสี่ยง
3. แผนปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงปีปัจจุบัน
4. รายงานผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา

3. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบการจัดการความมั่นคงปลอดภัยจะเริ่มจากการกำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การจัดทำระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม การสร้างความตระหนัก การประชาสัมพันธ์นโยบายและจัดอบรมให้ความรู้ระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ การตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มั่นคงปลอดภัย ได้มาตรฐานทางกายภาพตามแนวทางการปฏิบัติที่ดี

องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน 1	ทำแล้ว 2	อธิบายรายละเอียด เพิ่มเติม
3.1 มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT				แสดงนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัย แสดงระเบียบปฏิบัติสำหรับผู้ใช้ระบบ
3.2 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่อนุญาตให้ เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้นที่จะ				แสดงระเบียบปฏิบัติที่กำหนดห้ามแพทย์หรือ

องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน 1	ทำแล้ว 2	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้				พยาบาลเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในความ รับผิดชอบ ปัจจุบัน
3.3 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ป้องกัน ความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหลทุกช่องทาง รวมทั้ง ช่องทาง Social Media ทุกด้าน				แสดงนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดการป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหล
3.4 มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบ ปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ				อธิบายการประชาสัมพันธ์นโยบายและ ระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ
3.5 มีการตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ ด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด				อธิบายผลการประเมินบุคลากรทุกคนว่าได้ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบ
3.6 มีการประเมินผลการปฏิบัติตามระเบียบ ปฏิบัติและนำผลการประเมินมาปรับกระบวนการบังคับใช้ระเบียบปฏิบัติต่อไป				อธิบายการนำผลการประเมินบุคลากรมาปรับ กระบวนการบังคับใช้ระเบียบให้ดีขึ้น
3.7 มีการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลจนมั่นคงปลอดภัย ได้มาตรฐาน ทางกายภาพตามกรอบการพัฒนาคูณภาพ (HITQIF)				อธิบายแนวทางการจัดการ Data Center ของ โรงพยาบาลให้มั่นคงปลอดภัย

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. นโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล
2. ระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม
3. ผลการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของผู้ใช้ระบบทุกคน
4. แนวทางปฏิบัติในการสำรองข้อมูลทุกฐานข้อมูล
5. ข้อมูลขนาดห้องและสถานที่ตั้ง ห้อง Data Center (Server Room) รูปภาพภายในด้านหน้าและหลังตู้เก็บ เครื่องแม่ข่าย แสดงการจัดระเบียบสายสัญญาณ สายไฟฟ้า สายอื่นๆทั้งหมด อุปกรณ์ที่สำคัญ เช่น ระบบตรวจจับควัน ระบบวัดอุณหภูมิและความชื้น ระบบดับเพลิง ระบบควบคุมการเข้าออกและระเบียบการควบคุม

4. การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ

มีการจัดจุดหรือช่องทางรับแจ้งบริการ (Service Desk) มีการประชุมร่วมกับผู้ใช้ระบบเพื่อกำหนด Service Level Agreement –SLA ด้านที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการใช้งานระบบของผู้ใช้ส่วนใหญ่ ตลอดจนประกาศรับประกันระยะเวลาการให้บริการ ให้รับทราบทั่วกัน มีระบบเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ ระบบเก็บข้อมูลกิจกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ฝ่าย IT ทุกคน มีการวิเคราะห์ SLA, อุบัติการณ์และกิจกรรมเพื่อนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน 1	ทำแล้ว 2	อธิบายรายละเอียด เพิ่มเติม
4.1 มีการจัดระบบ Service Desk เพื่อเพิ่ม ความสะดวกของผู้ใช้งานระบบในการติดต่อ หน่วย IT				อธิบายการจัดจุดรับแจ้งบริการและขั้นตอน การทำงานทั้งในและนอกเวลาราชการ
4.2 มีการกำหนด Service Level Agreement -SLA ในเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ระบบ IT				อธิบายวิธีการกำหนด SLA และแสดงประกาศ รายการที่กำหนด SLA
4.3 มีการติดตามผลการดำเนินการตาม Service Level Agreement และนำผลการ ดำเนินการมาวิเคราะห์เพื่อหาทางปรับปรุงการ บริการให้เป็นไปตามข้อตกลง				อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติงาน ตาม SLA และการวิเคราะห์ผล
4.4 มีระบบการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ทั้งส่วนที่กำหนดไว้ใน SLA และที่ยังไม่ได้ กำหนด				อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ (เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์) ที่เกิดขึ้นในระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล
4.5 มีระบบการเก็บข้อมูลกิจกรรมและการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายในหน่วย IT ของ โรงพยาบาล				อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลการทำงานในแต่ละ วันของเจ้าหน้าที่ฝ่าย IT ทุกคน และการ วิเคราะห์กิจกรรม
4.6 มีระบบการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ และ กิจกรรม และนำผลการวิเคราะห์มาดำเนินการ จัดการปัญหา หรือ ปรับปรุงระบบการทำงานให้ดีขึ้น				อธิบายวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และ กิจกรรม และการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น

เอกสารที่ควรนำเสนอประกอบการประเมิน

1. ประกาศข้อตกลงระดับการบริการ (Service Level Agreement – SLA)
2. คำอธิบายระบบการเก็บข้อมูลผลการปฏิบัติตาม SLA ที่มั่นใจได้ว่าเก็บข้อมูลได้ครบทุกครั้ง
3. คำอธิบายระบบการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ ที่มั่นใจได้ว่าเก็บข้อมูลได้ครบทุกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
4. คำอธิบายระบบการเก็บข้อมูลกิจกรรม ที่มั่นใจได้ว่าเก็บข้อมูลได้ครบทุกกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ IT ทุกคนที่ เกิดขึ้นทุกช่วงเวลา

5. รายงานผลการปฏิบัติงานตาม SLA, ผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์, ผลการวิเคราะห์กิจกรรมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในฝ่าย IT

5. ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยและคุณภาพรหัส ICD

ระบบควบคุมคุณภาพข้อมูลต้องมีการจัดการให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษาผู้ป่วยบันทึกข้อมูลที่สำคัญในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ต้องไม่นำเอา ICD มาใช้แทนคำวินิจฉัยโรค มีระบบตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และคุณภาพรหัส ICD ที่ตรวจสอบเป็นประจำไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง มีการจัดการให้ระดับคุณภาพข้อมูลดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้น

องค์ประกอบย่อย	ไม่ได้ทำ	บางส่วน	ทำแล้ว	อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
5.1 มีการบันทึกข้อมูลประวัติ ผลการตรวจ ร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ ยา การรักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในทุกราย ในเวชระเบียนกระดาษ หรืออิเล็กทรอนิกส์ แต่ละหัวข้อมีไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้มารับบริการ				แสดงคะแนนคุณภาพข้อมูลประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การรักษาทุก หัวข้อในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
5.2 มีระบบตรวจสอบความครบถ้วน (สมบูรณ์) ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่ ดำเนินการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยมีผู้ตรวจสอบภายนอกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				อธิบายระบบตรวจสอบคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และแสดงผล การตรวจสอบ
5.3 มีระบบตรวจสอบคุณภาพการเขียนหรือ บันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ ในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการวิเคราะห์สาเหตุ ที่เกิดคำวินิจฉัยด้วยคุณภาพหรือกำกวมขาด รายละเอียด				อธิบายระบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกคำ วินิจฉัยโรคของแพทย์
5.4 ระบบตรวจสอบคุณภาพรหัส ICD ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ดำเนินการอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง โดยมีผู้ตรวจสอบภายนอกร่วม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				อธิบายระบบตรวจสอบคุณภาพรหัส ICD ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และแสดงผลการตรวจสอบ
5.5 มีการวิเคราะห์ประวัติ ผลการตรวจร่างกาย คำวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ การให้ยา การ รักษา และรหัส ICD ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ใน เพื่อหาทางพัฒนาคุณภาพการบริการ หรือ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย				อธิบายวิธีวิเคราะห์ ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย และการนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาคุณภาพ การรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บโดยใช้แบบประเมิน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันฯ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวนภสร ทุมเพ็ญ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

นายณรงค์ฤทธิ์ นุ่นทอง ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U03012 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องได้รับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานทุกแห่ง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ซึ่งการรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ โดยก่อนที่จะขอรับการประเมินจะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานมาก่อนอย่างเข้มข้น ซึ่งองค์ประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดการบริการ สำหรับคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย ปี 2564 และจะมีการประเมินตนเองซ้ำในทุกปี จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการ :

1. ทบทวนระบบงานตามมาตรฐาน รพ.สส.พท.
2. เตรียมการและรับการประเมินมาตรฐานตามวิชาชีพและมาตรฐานที่กำหนด
3. พัฒนาระบบงานต่อเนื่องเพื่อเตรียมรับการประเมิน
4. รับการประเมินซ้ำมาตรฐาน รพ.สส.พท. และผ่านการรับรองมาตรฐาน รพ.สส.พท. จากการประเมินซ้ำ
5. ดำเนินการและพัฒนาต่อเนื่องเพื่ออำนวยการไว้และเตรียมรับการประเมินซ้ำครั้งถัดไป

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 99

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U03012 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	95	95.42	95	96	97	98	99

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	92	93	94	95	96

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	93	94	95	96	97

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	94	95	96	97	98

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	95	96	97	98	99

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0312 ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	96	97	98	99	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $A + B + C + D + E$

A = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม

B = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านบุคลากร

C = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านการปฏิบัติงาน

D = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านการควบคุมคุณภาพ

E = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านการจัดบริการ

คำอธิบาย : มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน พิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานประกอบด้วย 5 ด้าน มีการคำนวณร้อยละในแต่ละด้าน

$$\text{ร้อยละของคะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน} = \frac{\text{คะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน} \times 100}{\text{คะแนนเต็มในแต่ละด้าน}}$$

คำนวณร้อยละของคะแนนที่ได้โดยมีการคำนวณน้ำหนักคะแนนของแต่ละด้านและรวมร้อยละ ของคะแนนที่ได้ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

มาตรฐาน	คะแนนที่ได้รับ	คะแนนเต็ม	รพช./รพท./รพศ.
๑. ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม	X1	Y1	$X1 * 15 / Y1 = A$
๒. ด้านบุคลากร	X2	Y2	$X2 * 15 / Y2 = B$
๓. ด้านการปฏิบัติงาน	X3	Y3	$X3 * 5 / Y3 = C$
๔. ด้านการควบคุมคุณภาพ	X4	Y4	$X4 * 5 / Y4 = D$
๕. ด้านการจัดบริการ			$E1+E2+E3+E4+E5+E6+E7+E8 = E$
๕.๑ การจัดบริการผู้ป่วยนอก	X5	Y5	$X5 * 10 / Y5 = E1$
๕.๒ การจัดบริการผู้ป่วยใน	X6	Y6	$X6 * 5 / Y6 = E2$
๕.๓ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ	X7	Y7	$X7 * 10 / Y7 = E3$
๕.๔ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	X8	Y8	$X8 * 10 / Y8 = E4$
๕.๕ ระบบรายงาน	X9	Y9	$X9 * 5 / Y9 = E5$
๕.๖ การทำงานเชิงรุกในชุมชน	X10	Y10	$X10 * 10 / Y10 = E6$
๕.๗ การส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	X11	Y11	$X11 * 5 / Y11 = E7$
๕.๘ การฝึกอบรม	X12	Y12	$X12 * 5 / Y12 = E8$
รวมร้อยละของคะแนนที่ได้ในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน			$A+B+C+D+E$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล 1. นายศุภชัย อุไร ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G3 : การจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (U) : U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

มาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ประกอบกับข้อบังคับสภากายภาพบำบัด และข้อบังคับสภากายภาพบำบัดว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2551 กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดต้องรักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จึงได้มีมาตรฐานการบริการเพื่อพัฒนาการบริการกายภาพบำบัดให้มีคุณภาพได้มาตรฐานและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนหรือผู้รับบริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบบริการกายภาพบำบัดให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ประเมินในแต่ละมาตรฐาน

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	59	62.3	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	45	50	55	60	65

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	50	55	60	65	70

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	40	50	60	70	80

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	60	65	70	75	80

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0313 ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : คะแนนรวมทั้งหมด (Overall score) : $\frac{\text{คะแนนที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม (300)}}$

คะแนนในข้อวิกฤต (Critical score) : $\frac{\text{คะแนนข้อวิกฤต ที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนเต็มข้อวิกฤต}}$

คำอธิบาย : คะแนนรวมทั้ง 9 มาตรฐาน คะแนนทั้งหมด 300 คะแนน

เกณฑ์คะแนน

- 180-209 หมายถึง ดี
- 210-239 หมายถึง ดีมาก
- 240-300 หมายถึง ดีเยี่ยม

เกณฑ์ในการผ่านประเมิน

1. คะแนนในข้อวิกฤต (Critical score) ในแต่ละข้อ ต้องได้ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60
2. คะแนนรวมทั้งหมด (Overall score) ต้องได้เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 60

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวเบญจมาภรณ์ จันทร์ปาน ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K4 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ความพึงพอใจเป็นผลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินสิ่งที่ได้รับภายหลังจากการได้รับการบริการจากสถานบริการ และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกได้ถึงคุณภาพการให้บริการอีกด้วย ซึ่งจากข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2561-2566 พบว่า มีคะแนนประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ ร้อยละ 81.51 82.63 83.97 87.68 87.30 และ 88.81 ตามลำดับ ซึ่งในบางปีงบประมาณยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ที่ ร้อยละ 85.00 และยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจน้อย เช่น ระยะเวลารอคอยในการรับบริการทุกขั้นตอน ระบบรักษาความปลอดภัยและเวรยาม การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความรวดเร็ว ป้ายบอกจุดบริการ/ ป้ายประชาสัมพันธ์/ ป้ายจราจรมีความชัดเจนเข้าใจง่าย และความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ โรงอาหาร ห้องน้ำ ที่นั่งคอยรับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าควรปรับปรุง เช่น การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และความสะอาดของอาคาร/สถานที่ เป็นต้น

กลยุทธ์ :

พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลด้วยการบริการทางการแพทย์หลากหลายสาขา เทคโนโลยีที่ทันสมัย หลากหลายทางเลือกบริการ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพโดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในการให้บริการและสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่ผู้รับบริการ

แผนดำเนินการ

พัฒนาการให้บริการที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังมีความพึงพอใจน้อย โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจและระบบ RM ตลอดจนมีการควบคุม ติดตาม และประเมินการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ค่าเป้าหมาย : K4 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0401 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	รพ. (กำหนดเอง)	87.65	90.39	82	83	84	85	86
U0402 ผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	รพ. (กำหนดเอง)	86.8	87.22	82	83	84	85	86

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0401 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	79	80	81	82	83
U0402 ผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	79	80	81	82	83

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0401 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	80	81	82	83	84
U0402 ผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	80	81	82	83	84

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0401 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	81	82	83	84	85
U0402 ผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	81	82	83	84	85

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0401 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	82	83	84	85	86
U0402 ผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	82	83	84	85	86

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0401 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	83	84	85	86	87
U0402 ผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	83	84	85	86	87

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0401 ถึง U0402}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0401 ถึง U0402}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวิริดา คำเนตร ตำแหน่ง เกษักรชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ

ตัวชี้วัด (U) : U0401 ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจ มากกว่าร้อยละ 85

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ความพึงพอใจเป็นผลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินสิ่งที่ได้รับภายหลังจากการได้รับบริการจากสถานบริการ และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกได้ถึงคุณภาพการให้บริการอีกด้วย ซึ่งจากข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2560-2565 พบว่า มีคะแนนประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ ร้อยละ 82.06 81.51 82.63 83.97 87.68 และ 87.30 ตามลำดับ ซึ่งในบางปีงบประมาณยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ที่ ร้อยละ 85.00 และยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจน้อย เช่น ระยะเวลารอคอยในการรับบริการทุกขั้นตอน ระบบรักษาความปลอดภัยและเวรยาม การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความรวดเร็ว ป้ายบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์/ป้ายจราจรมีความชัดเจนเข้าใจง่าย และความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ โรงอาหาร ห้องน้ำ ที่นั่งคอยรับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าการปรับปรุง เช่น การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และความสะอาดของอาคาร/สถานที่ เป็นต้น

แผนดำเนินการ :

พัฒนาการให้บริการที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังมีความพึงพอใจน้อย โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจและระบบ RM ตลอดจนมีการควบคุม ติดตาม และประเมินการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0401 ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 85	87.67	90.39	82	83	84	85	86

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจ	79	80	81	82	83

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจ	80	81	82	83	84

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจ	81	82	83	84	85

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจ	82	83	84	85	86

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ใช้บริการ OPD มีความพึงพอใจ	82	84	85	86	87

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

$$\frac{\text{คะแนน U0401} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม (15 คะแนน)}}$$

คำอธิบาย : U0401 ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจ พิจารณาจากผลการประเมินความพึงพอใจที่ดำเนินการประเมินเป็นประจำทุกเดือน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยจะเก็บข้อมูลทุกเดือนจากแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวอัญชลีพร เพชรทอง ตำแหน่ง พนักงานบริการเอกสารทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ : G4 : ผู้บริการพึงพอใจ

ตัวชี้วัด (U) : U0402 ผู้ใช้บริการ IPD มีความพึงพอใจ มากกว่าร้อยละ 85

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ความพึงพอใจเป็นผลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินสิ่งที่ได้รับภายหลังจากการได้รับบริการจากสถานบริการ และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกได้ถึงคุณภาพการให้บริการอีกด้วย ซึ่งจากข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2560-2565 พบว่ามีคะแนนประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ ร้อยละ 82.06 81.51 82.63 83.97 87.68 และ 87.30 ตามลำดับ ซึ่งในบางปีงบประมาณยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ที่ ร้อยละ 85.00 และยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจน้อย เช่น ระยะเวลารอคอยในการรับบริการทุกขั้นตอน ระบบรักษาความปลอดภัยและเวรยาม การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความรวดเร็ว ป้ายบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์/ป้ายจราจรมีความชัดเจนเข้าใจง่าย และความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ ร้านอาหาร ห้องน้ำ ที่นั่งคอยรับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าการปรับปรุง เช่น การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และความสะอาดของอาคาร/สถานที่ เป็นต้น

แผนดำเนินการ :

พัฒนาการให้บริการที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังมีความพึงพอใจน้อย โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจและระบบ RM ตลอดจนมีการควบคุม ติดตาม และประเมินการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0402 ผู้ใช้บริการ IPD มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 85	86.83		82	83	84	85	86

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ให้บริการ IPD มีความพึงพอใจ	79	80	81	82	83

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ให้บริการ IPD มีความพึงพอใจ	80	81	82	83	84

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ให้บริการ IPD มีความพึงพอใจ	81	82	83	84	85

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ให้บริการ IPD มีความพึงพอใจ	82	83	84	85	86

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ใช้บริการ IPD มีความพึงพอใจ	82	84	85	86	87

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

คะแนน U0402 $\times 100$

คะแนนเต็ม (15 คะแนน)

คำอธิบาย : U0402 ผู้ใช้บริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจ พิจารณาจากผลการประเมินความพึงพอใจที่ดำเนินการประเมินเป็นประจำทุกเดือน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยจะเก็บข้อมูลทุกเดือนจากแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวอัญชลีพร เพชรทอง ตำแหน่ง พนักงานบริการเอกสารทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ 5 : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K5 ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนากระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ จึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลักในการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติ ภายใต้หลักการให้มีการเฝ้าระวังและใช้ประโยชน์ทุกระดับเพื่อตรวจจับเหตุผิดปกติ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพประกอบด้วย 5 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใน 5 มิติ คือ 1) ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค 2) ทราบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพแล้วนำไปสู่การแก้ไข 3) ทราบขนาดของปัญหา ได้แก่ อัตราป่วย และอัตราการตาย 4) ตรวจจับความผิดปกติของการเกิดโรคโดยใช้การเฝ้าระวังเหตุการณ์ และ 5) ผลผลิตจากการเฝ้าระวังนำไปสู่การตอบโต้ภาวะโรคและภัยสุขภาพได้ทันเหตุการณ์ เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารและผลผลิตจากการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนอำเภอกาญจนดิษฐ์ มีทั้งหมด 5 กลุ่มโรค ได้แก่

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่ง โรคหอบหืด โรคไตเสื่อม เนื่องจากอำเภอกาญจนดิษฐ์มีพื้นที่ติดชายทะเลมีอาหารการกินที่อุดมสมบูรณ์ มีสวนผลไม้ตลอดปี เข้าถึงร้านสะดวกซื้อได้ง่าย
2. โรคติดต่อ คือ โรคไข้เลือดออก โรควัณโรค โรคเอดส์ และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เนื่องจาก อำเภอกาญจนดิษฐ์มีพื้นที่เป็นป่า ภูเขา สวนยาง สวนปาล์ม และมีภูมิอากาศแบบฝนชุก ร้อนชื้น และแหล่งอาหารทะเล ซึ่งอาจมีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคได้ง่าย รวมไปถึงมีโรงงานอุตสาหกรรม และเหมืองแร่ในพื้นที่ ทำให้โรคดังกล่าวยังเป็นปัญหาของพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีบางพื้นที่เป็นชุมชนแออัดและมีแรงงานต่างด้าวจากระบบ ซึ่งก่อให้เกิดโรคได้ง่ายและต่อเนื่องทุกปี
3. โรคฉุกเฉิน คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการบาดเจ็บทางศีรษะ เนื่องจากการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และเนื่องจากโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ตั้งอยู่ริมทางหลวงสาย 401 ฤดูราษฎร์- นครศรีฯ ซึ่งเป็นถนนสายหลัก มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้มีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บทางศีรษะซึ่งมีอัตราการตายสูง
4. งานอนามัยแม่และเด็ก คือ โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ และโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากในอดีตโรงพยาบาลมีสูตินรีแพทย์เพียงแค่ 1 คน จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการจึงส่งผลให้มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ ยังมีปัญหาทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย และมารดาวัยรุ่นที่ยังคงมีอุบัติเหตุการตั้งครรภ์
5. โรคจิตเวช คือ การฆ่าตัวตาย และโรคสมองเสื่อม เนื่องจาก อัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุสูงกว่าวัยหนุ่มสาวเกิดจากโรคซึมเศร้า คนที่เป็นโรคซึมเศร้า ความเครียด จะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายทุกทุกอย่างในชีวิต เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปความเศร้าที่รุนแรงมากๆ อาจทำให้คิดว่าตนเองผิด ไร้ค่า และคิดอยากตาย การตายจึงเป็นเหมือนทางออกของปัญหาในระยะสั้นไม่ต้องเผชิญปัญหาต่อไป ความคิดของคน

กลยุทธ์ :

พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ

แผนดำเนินการ :

พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรควัณโรค โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัข การดูแลมารดาทารก และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นต้น

คำเป้าหมาย : K5 ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และคำเป้าหมาย ปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		คำเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	HDC สสจ.สฎ	88.5	77.80	90	90	93	96	98
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	HDC สสจ.สฎ	350	427.1	330	340	300	270	250
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	HDC สสจ.สฎ	731	835.86	690	700	640	580	530
U0504 กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	HDC สสจ.สฎ	45	86.75	60	80	84	88	90
U0505 อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	ตัวชี้วัด สสจ.สฎ	NA	NA	500	250	200	100	50
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75	HDC สสจ.สฎ	43.4	54.41	50	55	60	65	75
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 72	HDC สสจ.สฎ	66.3	69.86	66	67	69	70	72
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	HDC สสจ.สฎ	NA	16.72	25	35	45	55	60
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	HDC สสจ.สฎ	52.90	53.16	80	80	85	88	90

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	84	86	88	90	92
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	390	370	350	330	310
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	810	770	730	690	650
U0504 กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	40	45	50	60	70
U0505 อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2560-2564) ร้อยละ 20	0	5	10	20	20
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75	35	40	45	50	55

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 72	63	64	65	66	67
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ 90	55	60	65	70	75
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	65	70	75	80	82.5

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	86	88	89	90	93
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	370	350	330	340	300
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	770	730	690	700	640
U0504 กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	45	50	60	80	84
U0505 อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	600	550	500	250	200
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 75	40	45	50	55	60
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 72	64	65	66	70	70
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ 90	15	20	25	35	45
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	70	75	80	85	90

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	88	89	90	93	96
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	350	330	340	300	270
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	730	690	700	640	580
U0504 กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	50	60	80	84	88
U0505 อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	550	500	250	200	100
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 75	45	50	55	60	65
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 72	65	66	70	70	71
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ 90	20	25	35	45	55
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	88

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	89	90	93	96	98
U0502 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	330	340	300	270	250
U0503 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	690	700	640	580	530
U0504 กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	60	80	84	88	90
U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	500	250	200	100	50
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 75	50	55	60	65	75
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 72	66	70	70	71	72
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ 90	25	35	45	55	60
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	80	85	90	88	90

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	90	93	96	98	100
U0502 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	340	300	270	250	230
U0503 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	700	640	580	530	470
U0504 กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	80	84	88	90	100
U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	250	200	100	50	30
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 75	55	60	65	75	80
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 72	70	70	71	72	80
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ 90	35	45	55	60	65
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	85	90	88	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: ผลรวมของคะแนน U0501 ถึง U0509 x 100
คะแนนเต็มของคะแนน U0501 ถึง U0509

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางดวงจันทร์ กอธวัช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนากระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงและได้รับการอย่างมีคุณภาพ จึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลักในการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติโรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่ต้องมีระบบการเฝ้าระวังโรคและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น เป็นกลุ่มโรคที่ต้องการเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยป้องกันการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0501 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	88.46	77.80	90	90	93	96	98

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	84	86	88	90	92

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	86	88	89	90	93

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	88	89	90	93	96

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	89	90	93	96	98

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	90	93	96	98	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0501} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0501}}$

คำอธิบาย : U0501 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งหมดในอำเภอกาญจนดิษฐ์}}$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่วนงาน NCD

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล คุณดวงจันทร์ กอธวัช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนากระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ จึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลักในการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติ โรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่ต้องมีระบบการเฝ้าระวังโรคและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น เป็นกลุ่มโรคที่ต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยป้องกันการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	350	427.1	330	340	300	270	250

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	390	370	350	330	310

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	370	350	330	340	300

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	350	330	340	300	270

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	330	340	300	270	250

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	340	300	270	250	230

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0502} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0502}}$

คำอธิบาย : U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร

ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ประชากรในอำเภอกาญจนดิษฐ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10 – E14) ในปีงบประมาณ

ประชากร หมายถึง ประชากรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่} \times 100000}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ในอำเภอกาญจนดิษฐ์}}$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่วนงาน NCD

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล คุณดวงจันทร์ กอธวัช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนากระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ จึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลักในการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติโรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่ต้องมีระบบการเฝ้าระวังโรคและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกัญจนดิษฐ์ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น เป็นกลุ่มโรคที่ต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยป้องกันการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้ มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	731	835.86	690	700	640	580	530

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	810	770	730	690	650

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	770	730	690	700	640

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	730	690	700	640	580

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	690	700	640	580	530

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0503 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	700	640	580	530	470

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0502} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0502}}$

คำอธิบาย : U0502 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร

ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ประชากรในอำเภอกาญจนดิษฐ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E10 – E14) ในปีงบประมาณ

ประชากร หมายถึง ประชากรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่} \times 100000}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ในอำเภอกาญจนดิษฐ์}}$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่วนงาน NCD

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล คุณดวงจันทร์ กอธวัช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ตัวชี้วัด KPI : K5 ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ : G5 การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

จากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตนอกจากการมีโรคร่วมที่รุนแรงแล้ว ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการรักษาการล่าช้าหรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวมและอัตราการเสียชีวิต จากการสำรวจความชุกของวัณโรคปอดรายใหม่ต่อแสนประชากร ที่มีค่าคาดประมาณการณ์ในปี 2565 อยู่ที่ 152/100,000 ประชากร โดยสำนักควบคุมโรคกำหนดเกณฑ์ในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ร้อยละ 85 ของค่าคาดประมาณ 152/100,000 พบว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ผลเสมหะเป็นบวกเพียงร้อยละ 77.3 ของค่าคาดประมาณ 152/100,000 ดังนั้นมาตรการการคัดกรองด้วยอาการเพียงมาตรการเดียว จึงไม่เพียงพอในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค จึงจำเป็นต้องเพิ่มมาตรการการคัดกรองเชิงรุก ทั้งในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดอย่างน้อยที่ร้อยละ 90 จะเป็นกลยุทธ์ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ลดการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้าและลดอัตราการเสียชีวิต

แผนดำเนินการ

- 1.เพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการสาธารณสุขในการคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพื่อการวินิจฉัยวัณโรค
- 2.จัดระบบการคัดกรองและการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	77.3	86.75	60	80	84	88	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	40	45	50	60	70

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	45	50	60	80	84

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	50	60	80	84	88

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคที่ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	60	80	84	88	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0504 กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคที่ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	80	84	88	90	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $(A/B) \times 100$

คำอธิบาย

- 1.กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคที่ได้รับการคัดกรอง หมายถึง อัตราการคัดกรองกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ในปีงบประมาณ
- 2.กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค หมายถึง ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia)

A = จำนวนประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคที่ได้รับการคัดกรองวัณโรค

B = จำนวนประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคทุกกลุ่ม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : 1.บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคและรายงานผ่านระบบข้อมูลการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP)

2.รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงาน และเก็บข้อมูลการดำเนินงานไว้ที่ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis information Program (NTIP) คลินิกวัณโรค กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางอาทิตย์ตยา ปลื้มใจ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

สถานการณ์ไข้เลือดออกกระจายไปทั่วทุกพื้นที่ ซึ่งการกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นคาดการณ์สถานการณ์โรคล่วงหน้าซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าโดยเชื้อไวรัสเดงกีจึงอาจเป็นการระบาดที่ต่อเนื่องและผู้ป่วยมีอาการรุนแรงโดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยคือกลุ่มวัยเรียนอายุ 5-14 ปี และเนื่องจากอำเภอกาญจนดิษฐ์ เป็นเขตที่มีอากาศร้อนชื้นมีฝนตกตลอดทั้งปี อาจมีบริเวณน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวนมากทำให้สามารถเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดได้ง่ายและรวดเร็ว โดยอัตราการป่วยของอำเภอกาญจนดิษฐ์ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2563-2564 เนื่องจากมีการล็อกดาวน์ทำให้ไม่มีการเคลื่อนย้ายของประชากร แต่หลังจากสถานการณ์ โควิด-19 ดีขึ้น ทำให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติทำให้สถานการณ์ไข้เลือดออกมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการ : มีการติดตามสถานการณ์โรคทุกเดือน และมีการสรุปรายงานส่งงานแผนทุกไตรมาส

ค่าเป้าหมาย : อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	NA	NA	500	250	200	100	50

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	650	600	550	500	250

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	600	550	500	250	200

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0505 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	550	500	250	200	100

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0505 อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	500	250	200	100	50

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0505 อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	250	200	100	50	30

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2567(X)

$$X = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566} \times 100000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2566}}$$

คำอธิบาย : ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค รายงาน 506

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงาน 506

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล น.ส.มนชนก พัฒน์คล้าย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งปากช่องปาก

ตัวชี้วัด (U) : U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

จากการสำรวจสถานะการเกิดโรคฟันผุในโรงเรียนของเด็กในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่านักเรียนมีสถานะฟันแท้และเหงือกอักเสบในอัตราที่สูง (ฟันแท้ผุร้อยละ 39.63 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 41.32) เหตุนี้เนื่องมาจากการแปรงฟันที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความไม่ครอบคลุมในการดำเนินกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ขาดการดูแลใส่ใจจากผู้ปกครองในเรื่องทันตสุขภาพ และการบริโภคอาหารหวานที่เอื้อต่อการเกิดฟันผุ รวมทั้งไม่ได้รับบริการทางทันตกรรม เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าให้ เด็กไทยปราศจากฟันผุในช่องปาก โดยเด็กนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 ต้องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 เด็กช่วงวัยอายุ 6-12 ปี ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และเด็กช่วงวัยชั้น ป.6 ต้องมีฟันดีไม่มีผุไม่น้อยกว่าร้อยละ 72

แผนดำเนินการ : จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก “ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี” โดยประกอบด้วยกิจกรรมรณรงค์เพื่อกระตุ้นและสร้างสุขนิสัยรักฟันให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา การเคลือบหลุมร่องฟันแท้และการทาฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ให้กับเด็กนักเรียน เพิ่มช่องทางการให้บริการทางทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75	43.43	54.41	50	55	60	65	75

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75	35	40	45	50	55

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75	40	45	50	55	60

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75	45	50	55	60	65

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75	50	55	60	65	75

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0506 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 75	55	60	65	75	80

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : รายการข้อมูล A / รายการข้อมูล B x 100

คำอธิบาย : B หมายถึง เด็กอายุ 12 ปี (คน) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร
A หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจฟันที่ไม่มีฟันแท้(คน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม JHCIS

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล ทพญ. พรพรรณ ตั้งวงศ์ ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งปอด

ตัวชี้วัด (U) : U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

จากการสำรวจสถานะการเกิดโรคฟันผุในโรงเรียนของเด็กในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่านักเรียนมีสถานะฟันแท้และเหงือกอักเสบในอัตราที่สูง (ฟันแท้ ร้อยละ 39.63 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 41.32) เหตุนี้เนื่องมาจากการแปรงฟันที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความไม่ครอบคลุมในการดำเนินกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ขาดการดูแลใส่ใจจากผู้ปกครองในเรื่องทันตสุขภาพ และการบริโภคอาหารหวานที่เอื้อต่อการเกิดฟันผุ รวมทั้งไม่ได้รับบริการทางทันตกรรม เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าให้ เด็กไทยปราศจากฟันผุในช่องปาก โดยเด็กนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 ต้องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 เด็กช่วงวัยอายุ 6-12 ปี ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และเด็กช่วงวัยชั้น ป.6 ต้องมีฟันดีไม่มีผุไม่น้อยกว่าร้อยละ 72

แผนดำเนินการ : จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก “ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี” โดยประกอบด้วยกิจกรรมรณรงค์เพื่อกระตุ้นและสร้างสุขนิสัยรักฟันให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา การเคลือบหลุมร่องฟันแท้และการทาฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ให้กับเด็กนักเรียน เพิ่มช่องทางการให้บริการทางทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 72

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72	66.3	69.86	66	67	69	70	72

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72	63	64	65	66	67

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72	64	65	66	70	70

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72	65	66	70	70	71

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72	66	70	70	71	72

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0507 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 72	70	70	71	72	80

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : รายการข้อมูล A / รายการข้อมูล B x 100

คำอธิบาย : B หมายถึง เด็กอายุ 12 ปี (คน) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร
A หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจฟันที่ไม่มีฟันแท้(คน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม JHCIS

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล ทพญ. พรพรรณ ตั้งวงศ์ ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 เพื่อจัดบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานและคุณภาพ สร้างการเข้าถึงการบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างทั่วถึงและทำเทียม ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง จัดบริการฝากครรภ์ตามนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 จากฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เป็น 8 ครั้งตามเกณฑ์ โดยเริ่มปรับเปลี่ยนการจัดเก็บตัวชี้วัดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จึงได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว

แผนดำเนินการ :

1. พัฒนามาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ
2. พัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ
3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	NA	16.72	25	35	45	55	60

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	55	60	65	70	75

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	15	20	25	35	45

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	20	25	35	45	55

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	70	75	80	85	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0508 ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	35	45	55	60	65

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์(ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC)

B = จำนวนหญิงทุกรายที่คลอดในเวลาเดียวกัน(ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม Labour)

คำอธิบาย : หญิงตั้งครรภ์หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายการฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยงโดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 8 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์

ครั้งที่ 6 เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์

ครั้งที่ 7 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์

ครั้งที่ 8 เมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม , Health Data Center

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล 1. นายแพทย์อภิเดช ลีธัญวราวัฒน์

2. นางกนกพร ชูประสูต

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด (U) : U0509. ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีรูปแบบลักษณะเฉพาะของความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและแตกต่างจากวัยอื่นๆ เป็นอย่างมาก แม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับยา และเข้ารับการรักษาตามอาการเจ็บป่วย แต่ด้วยอวัยวะต่างๆ ที่มีความเสื่อมถอยตามวัย จึงมีอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ตรงไปตรงมา ประกอบกับมีโรคประจำตัวร่วมหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยโรคด้วยแพทย์ทั่วไป ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ การนอนไม่หลับ การกลืน เบื่ออาหาร กระดูกพรุน ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การพลัดตก หกล้ม โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะสมองเสื่อม ความทรงจำถดถอย

หน่วยบริการปฐมภูมิมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ความทรงจำถดถอย สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ในปีงบประมาณ 2564 คัดกรอง จำนวน 13,794 คน (ร้อยละ 90.63) พบปกติ 13,754 คน (ร้อยละ 99.71) ผิดปกติ 39 คน (ร้อยละ 0.28) และปีงบประมาณ 2565 คัดกรอง จำนวน 8,409 คน (ร้อยละ 52.90) พบปกติ 8,398 คน (ร้อยละ 99.86) ผิดปกติ 11 คน (ร้อยละ 0.13) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองได้รับการดูแลรักษาตามปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม ในการส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

แผนดำเนินการ

1. แต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุในเครือข่าย
2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย ในการคัดกรองสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ และส่งต่อในรายที่ผิดปกติเข้าคลินิกผู้สูงอายุ
4. พัฒนาระบบสารสนเทศการให้ความรู้ การสื่อสาร

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	52.90	53.16	80	80	85	88	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	65	70	75	80	82.5

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	70	75	80	85	90

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	80	85	90	88

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	80	85	90	88	90

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0509 ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	85	90	88	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $A/B \times 100$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

คำอธิบาย : การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การใช้เครื่องมือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในการคัดกรองผู้สูงอายุในเรื่องความทรงจำและพฤติกรรม เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่ กรมการแพทย์กำหนด)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลการคัดกรองสมองเสื่อม ใน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ ทุกสถานบริการปฐมภูมิคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือBGS

กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางวชิรา มุกดาพิทักษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G6 : การบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K6 ความสำเร็จในการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

แผนปฏิบัติการ คือ การนำความคิดหรือวิธีการจากแผนกลยุทธ์มาสู่การดำเนินการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แผนงานโครงการที่แบ่งตามหมวดหมู่ของเป้าประสงค์ (G) ซึ่งในปีงบประมาณ 2560-2565 (ไตรมาส 3) พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง (ร้อยละ 25.64 42.45 51.96 และ 53.01 ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้เพิ่มขึ้น ตลอดจนหากพิจารณาถึงความสำเร็จในการผ่านตัวชี้วัดของโรงพยาบาล พบว่า ปีงบประมาณ 2560-2565 มีตัวชี้วัดโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 3.33 16.67 27.78 27.78 33.33 และ 27.78 ตามลำดับ) เนื่องจาก บุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานและตัวชี้วัดที่ต้องรับผิดชอบค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดประเภท ตัวชี้วัดกระทรวง ตัวชี้วัดเขตสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับจังหวัด และตัวชี้วัดงานคุณภาพ (HA) ก่อน ทั้งนี้ ตัวชี้วัดโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเอง บุคลากรจึงให้ความสำคัญเป็นลำดับท้ายๆ

กลยุทธ์ :

ส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ hardware software และจัดตั้ง Data center เพื่อนำเสนอและเชื่อมโยงข้อมูลสำหรับการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผล ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย

แผนดำเนินการ :

วางระบบติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณที่ได้วางไว้ผ่านที่ประชุมและระบบแจ้งเตือน

ค่าเป้าหมาย : K6 ความสำเร็จในการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	รพ. (กำหนดเอง)	21.05	55.78	60	65	70	75	80
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	รพ. (กำหนดเอง)	25.00	62.26	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	45	50	55	60	65
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	45	50	55	60	65

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	50	55	60	65	70
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	50	55	60	65	70

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	55	60	65	70	75
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	55	60	65	70	75

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	65	70	75	80
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	65	70	75	80

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	65	70	75	80	85
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0601 ถึง U0602}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0601 ถึง U0602}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอารยา ทวีขันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G6 การบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

แผนปฏิบัติการ คือ การนำความคิดหรือวิธีการจากแผนกลยุทธ์มาสู่การดำเนินการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แผนงานโครงการที่แบ่งตามหมวดหมู่ของเป้าประสงค์ (G) ซึ่งในปีงบประมาณ 2560-2565 (ไตรมาส 3) พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง (ร้อยละ 25.64 42.45 51.96 และ 53.01 ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้เพิ่มขึ้น

แผนดำเนินการ :

วางระบบติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณที่ได้วางไว้ผ่านที่ประชุมและระบบแจ้งเตือน

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	21.05	55.78	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	45	50	55	60	65

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	50	55	60	65	70

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	55	60	65	70	75

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	65	70	75	80

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0601 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

$$\frac{\text{คะแนน U0601} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม (10 คะแนน)}}$$

คำอธิบาย : U0601 สัดส่วนโครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พิจารณาจากร้อยละของโครงการที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณที่ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการไว้ ต่อโครงการทั้งหมดในปีงบประมาณนั้นๆ.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ว่าที่ร้อยตรีหญิงพัชรินทร์ คงนาค ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G6 การบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0602 โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

แผนปฏิบัติการ คือ การนำความคิดหรือวิธีการจากแผนกลยุทธ์มาสู่การดำเนินการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แผนงานโครงการที่แบ่งตามหมวดหมู่ของเป้าประสงค์ (G) ซึ่งในปีงบประมาณ 2560-2565 (ไตรมาส 3) พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง (ร้อยละ 25.64 42.45 51.96 และ 53.01 ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้เพิ่มขึ้น

แผนดำเนินการ :

วางระบบติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณที่ได้วางไว้ผ่านที่ประชุมและระบบแจ้งเตือน

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	21.05	62.26	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	45	50	55	60	65

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	50	55	60	65	70

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	55	60	65	70	75

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	65	70	75	80

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0602 ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

$$\frac{\text{คะแนน U0602} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม (10 คะแนน)}}$$

คำอธิบาย : U0602 สัดส่วนโครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พิจารณาจากร้อยละของโครงการที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณที่ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการไว้ ต่อโครงการทั้งหมดในปีงบประมาณนั้นๆ.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ว่าที่ร้อยตรีหญิงพัชรินทร์ คงนาค ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G7 : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K7 ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลโดยตรงกับสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล ซึ่งมีระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่ดี ต้องสามารถบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพของประชาชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการในการแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน เป็นหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินภายในเขต การเพิ่มงบประมาณให้โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงทางการเงินและการพัฒนาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ งานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (Chief Financial Officer) เพื่อให้สถานการณ์ด้านการเงินการคลังในภาพรวมไม่ตกอยู่ในระดับวิกฤติ กล่าวคือ โรงพยาบาลต้องมีสภาพคล่องทางการเงินที่เหมาะสม สามารถใช้งบประมาณที่ได้รับจัดการบริการให้ผู้รับบริการได้ตามสิทธิประโยชน์ การประเมินสถานการณ์ด้านการเงินการคลังโรงพยาบาลของภาครัฐ (วิกฤติการเงิน) สามารถประเมินโดยใช้อัตราส่วนทางการเงินแยกเป็นกลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนหมุนเวียน (current ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1.50 เท่า อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว (quick ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 เท่า อัตราส่วนเงินสดหรือรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (cash and cashequivalence ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 เท่า 2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วยทุนสำรองสุทธิ (net working capital: NWC) ต้องมีค่ามากกว่า 0 บาท กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (Netincome: NI) ต้องมีค่ามากกว่า 0 บาท และ 3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงินรุนแรง ประกอบด้วย ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด (NWC/ANI) น้อยกว่า 3 เดือน จะให้ค่าวิกฤติเท่ากับ 2 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมดมากกว่า 3-6 เดือน ให้ค่าวิกฤติเท่ากับ 1 ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีหลายโรงพยาบาลในสังกัดที่มีวิกฤติการเงิน ในปี 2562 รวมไปถึงโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้จัดทำ Planfin เกินดุล โดยมุ่งเน้นการจำกัดเก็บรายได้จากศักยภาพของโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เน้นประสิทธิภาพการจำกัดเก็บรายได้พร้อมๆ กับการควบคุมค่าใช้จ่ายทุกประเภท และรอรับเงินช่วยเหลืออีก 5 ล้านบาท ทำให้สถานการณ์การเงินเริ่มอยู่ในทิศทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย (NI เป็นบวก) จนสิ้นปีงบประมาณ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 6 (NI เป็นบวก) และมีเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (7 Plus Efficiency Score) อยู่ที่ระดับ B และปีงบประมาณ 2565-ปัจจุบัน โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้รับเงินจากการให้บริการโควิด ส่งผลให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 1

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาศักยภาพการสร้างรายได้จากบริการผู้ป่วยใน ทันตกรรมเฉพาะทาง การแพทย์ทางเลือก และบริการอื่นๆ ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์และพื้นที่ใกล้เคียง
2. ส่งเสริมการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน ประกอบกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนการบริการที่สามารถลดต้นทุนบริการได้

แผนดำเนินการ :

จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย : K7 ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	กองเศรษฐกิจสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	1	1	0	0	0	0	0

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	กองเศรษฐกิจ สุขภาพกระทรวง สาธารณสุข	8.5	10	10.5	11.5	12	12.5	13

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	4	3	2	1	0
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	7.5	8.5	9.5	10.5	11.5

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	3	2	1	0	0
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	8.5	9.5	10.5	11.5	12

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	2	1	0	0	0
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	9.5	10.5	11.5	12	12.5

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	1	0	0	0	0
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	10.5	11.5	12	12.5	13

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	0	0	0	0	0
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	11.5	12	12.5	13	13.5

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0701 ถึง U0702}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0701 ถึง U0702}} \times 100$

คะแนนเต็มของคะแนน U0701 ถึง U0702

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพรพณา ไทยเกิด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G7 : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 มีประชากรในอำเภอประมาณ 109,212 คน และอำเภอใกล้เคียงอีกประมาณ 50,000 คน ในปี 2561 - 2565 มีการพัฒนาศักยภาพและขยายบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยจากอำเภอเมืองและอำเภอดอนสัก จึงได้ขยายขนาดโรงพยาบาลจากขนาด 60 เตียง เป็น 120 เตียง ในปีงบประมาณ 2559 มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน 8 สาขาหลัก (กุมารเวช อายุรกรรม และสูติกรรม) และ 2560 - ปัจจุบัน มีแพทย์ครบทุกสาขาหลัก (กุมารเวช อายุรกรรม สูติกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก วิสัญญี และรังสีวินิจฉัย) จึงทำให้มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยคลอด และผู้ป่วยผ่าตัด ในช่วงเวลาที่มีการขยายบริการทำให้โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์มีปัญหาวิกฤติการเงินมาอย่างต่อเนื่อง จนถึงปีงบประมาณ 2559 ได้รับโครงการตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว One stop Service ทั้งจังหวัด บวกกับรายได้จาก UC-IP และผู้ป่วยที่ชำระเงินเองเพิ่มขึ้น ทำให้สถานการณ์การเงินการคลังดีขึ้น เป็นระดับ 4 และปีงบประมาณ 2560 ไม่มีรายได้พิเศษดังกล่าว ทำให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 6 แต่โดยรวมยังมีรายรับมากกว่ารายจ่าย (NI) ปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามแนวทางใหม่ ทำให้รายรับ UC หายไปเกือบ 20 ล้านบาททันที ขณะที่โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ต้องขยายบริการด้านการผ่าตัดทั่วไป ผ่าตัดกระดูก และผ่าตัดตา ประกอบกับมีการปรับอัตราจ่ายค่าตอบแทนนอกเวลาราชการของจังหวัดเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 25 ทำให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังรุนแรงที่ระดับ 7 แต่ยังคงได้รับเงินช่วยเหลือ CF จากเขต/จังหวัด จำนวน 10 ล้านบาท

ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จัดทำ Planfin เกินดุล โดยมุ่งเน้นการจัดเก็บรายได้จากศักยภาพของโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เน้นประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้พร้อมๆ กับการควบคุมค่าใช้จ่ายทุกประเภท และรอรับเงินช่วยเหลืออีก 5 ล้านบาท ทำให้สถานการณ์การเงินเริ่มอยู่ในทิศทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย (NI เป็นบวก) จนสิ้นปีงบประมาณ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 6 (NI เป็นบวก) และมีเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (7 Plus Efficiency Score) อยู่ที่ระดับ B ปีงบประมาณ 2565-ปัจจุบันโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้รับเงินจากการให้บริการโควิด ส่งผลให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 1

แผนดำเนินการ :

1. เพิ่มรายได้ผู้ป่วยในสิทธิ UC
2. เพิ่มรายได้ผู้ป่วยในสิทธิเบิกได้กรมบัญชีกลางและสิทธิประกันสังคม
3. เพิ่มรายได้จากบริการตรวจสอบสุขภาพ
4. เพิ่มรายได้จากบริการทันตกรรม
5. เพิ่มรายได้จากการทำผลงาน ANC
6. เพิ่มรายได้จากการดูแลผู้ป่วย Palliative care
7. เพิ่มรายได้จากการรักษาผู้ป่วยกายภาพ
8. เพิ่มรายได้จากงานบริการแพทย์แผนไทย
9. เพิ่มรายได้จาก stroke unit

ค่าเป้าหมาย : เท่ากับ 0

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	1	1	0	0	0	0	0

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	4	3	2	1	0

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0701 ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนตัวชี้วัด} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของตัวชี้วัด}}$

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

คำอธิบาย : การจัดเก็บข้อมูลและประเมินความเสี่ยงตามดัชนีทางการเงิน พิจารณาจาก

1. ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล (Risk Score)

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

Risk Score	ระดับ ๐	5	คะแนน
Risk Score	ระดับ 1	4	คะแนน
Risk Score	ระดับ 2	3	คะแนน
Risk Score	ระดับ 3	2	คะแนน
Risk Score	ระดับ 4	1	คะแนน
Risk Score	ระดับ 5	0	คะแนน

การกำหนดระดับคะแนน Risk Score โดยวัดจากดัชนี 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มแสดงความคล่องตัวตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด(Cash ratio)
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ(Net Income or หรือ EBITDA)

3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลา น้อยกว่า 3 เดือน หรือจะหมดภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

โดยกำหนดคะแนนความเสี่ยงทางการเงิน เป็น 7 คะแนน เมื่อเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

- 1) Current Ratio<1.5=1 คะแนน
- 2) Quick Ratio<1.0 =1 คะแนน
- 3) Cash Ratio<0.8= 1 คะแนน
- 4) ทุนหมุนเวียนสุทธิ(NWC) ติดลบ= 1 คะแนน
- 5) ผลประกอบการ(NI+Depreciation) ติดลบ= 1 คะแนน
- 6) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย<3 เดือน= 2 คะแนน
- 7) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย<6 เดือน= 1 คะแนน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บจากรายงานงบการเงินของโรงพยาบาลที่ส่งส่วนกลาง(กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ฯ)ประมวลผลผ่านการวิเคราะห์ดัชนีทางการเงิน รายเดือน/รายไตรมาส <https://hfo.moph.go.th>

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการเงินและบัญชี รพ.กาญจนดิษฐ์ และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง **ตำแหน่ง** นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G7 : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0702 Total Performance Scoring = 13

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 มีประชากรในอำเภอประมาณ 109,212 คน และอำเภอใกล้เคียงอีกประมาณ 50,000 คน ในปี 2561 - 2565 มีการพัฒนาศักยภาพและขยายบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยจากอำเภอเมืองและอำเภอดอนสัก จึงได้ขยายขนาดโรงพยาบาลจากขนาด 60 เตียง เป็น 120 เตียง ในปีงบประมาณ 2559 มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน 8 สาขาหลัก (กุมารเวช อายุรกรรม และสูติกรรม) และ 2560 - ปัจจุบัน มีแพทย์ครบทุกสาขาหลัก (กุมารเวช อายุรกรรม สูติกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก วิทยุ และรังสีวินิจฉัย) จึงทำให้มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยคลอด และผู้ป่วยผ่าตัด ในช่วงเวลาที่มีการขยายบริการทำให้โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์มีปัญหาวิกฤติการเงินมาอย่างต่อเนื่อง จนถึงปีงบประมาณ 2559 ได้รับโครงการตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว One stop Service ทั้งจังหวัด บวกกับรายได้จาก UC-IP และผู้ป่วยที่ชำระเงินเองเพิ่มขึ้น ทำให้สถานการณ์การเงินการคลังดีขึ้น เป็นระดับ 4 และปีงบประมาณ 2560 ไม่มีรายได้พิเศษดังกล่าว ทำให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 6 แต่โดยรวมยังมีรายรับมากกว่ารายจ่าย (NI) ปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้รับการจัดสรรเงิน UC ตามแนวทางใหม่ ทำให้รายรับ UC หายไปเกือบ 20 ล้านบาททันที ขณะที่โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ต้องขยายบริการด้านการผ่าตัดทั่วไป ผ่าตัดกระดูก และผ่าตัดตา ประกอบกับมีการปรับอัตราจ่ายค่าตอบแทนนอกเวลาราชการของจังหวัดเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 25 ทำให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังรุนแรงที่ระดับ 7 แต่ยังคงได้รับเงินช่วยเหลือ CF จากเขต/จังหวัด จำนวน 10 ล้านบาท

ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จัดทำ Planfin เกินดุล โดยมุ่งเน้นการจัดเก็บรายได้จากศักยภาพของโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เน้นประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้พร้อมๆ กับการควบคุมค่าใช้จ่ายทุกประเภท และรอรับเงินช่วยเหลืออีก 5 ล้านบาท ทำให้สถานการณ์การเงินเริ่มอยู่ในทิศทางที่ดีขึ้นเล็กน้อย (NI เป็นบวก) จนสิ้นปีงบประมาณ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 6 (NI เป็นบวก) และมีเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (7 Plus Efficiency Score) อยู่ที่ระดับ B ปีงบประมาณ 2565-ปัจจุบันโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ได้รับเงินจากการให้บริการโควิด ส่งผลให้มีวิกฤติสถานการณ์การเงินการคลังที่ระดับ 1

แผนดำเนินการ :

1. เพิ่มรายได้ผู้ป่วยในสิทธิ UC
2. เพิ่มรายได้ผู้ป่วยในสิทธิเบิกได้กรมบัญชีกลางและสิทธิประกันสังคม
3. เพิ่มรายได้จากบริการตรวจสุขภาพ
4. เพิ่มรายได้จากบริการทันตกรรม
5. เพิ่มรายได้จากการทำผลงาน ANC
6. เพิ่มรายได้จากการดูแลผู้ป่วย Palliative care
7. เพิ่มรายได้จากการรักษาผู้ป่วยกายภาพ
8. เพิ่มรายได้จากงานบริการแพทย์แผนไทย
9. เพิ่มรายได้จาก stroke unit

ค่าเป้าหมาย : เท่ากับ 13

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0702 Total Performance Scoring = 13	8.5	10	10.5	11.5	12	12.5	13

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	7.5	8.5	9.5	10.5	11.5

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	8.5	9.5	10.5	11.5	12

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	9.5	10.5	11.5	12	12.5

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	10.5	11.5	12	12.5	13

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0702 Total Performance Scoring เท่ากับ 13	11.5	12	12.5	13	13.5

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนตัวชี้วัด} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของตัวชี้วัด}}$

คำอธิบาย : การจัดเก็บข้อมูลและประเมินความเสี่ยงตามดัชนีทางการเงิน พิจารณาจาก

1. Total Performance Scoring (TPS)

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

Grade	คะแนน
A	ดีมาก ≥ 12 คะแนน
B	ดี ≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน
C	พอใช้ ≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน
D	ต้องปรับปรุง ≥ 7.5 คะแนน < 9 คะแนน
F	ไม่ผ่าน < 7.5 คะแนน

การกำหนดระดับคะแนน Total Performance Scoring (TPS)

เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ	คะแนน
1. ตัวชี้วัดกระบวนการ(Process Indicators)	
1.1. การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5%	
1.1.1 มิติรายได้	1.0
1.1.2 มิติค่าใช้จ่าย	1.0
1.2. การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน	
1.2.1 ระยะเวลาชำระหนี้การค้า ยา เวชภัณฑ์มีชีเยา วัสดุทางการแพทย์ ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน	1.0
1.2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ UC ≤ 60 วัน	0.5
1.2.3 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ UC ≤ 60 วัน	0.5
1.2.4 การบริหารสินค้าคงคลัง(Inventory Management) ≤ 60 วัน	1.0
1.3. การบริหารจัดการ	
1.3.1 การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย	
1.3.1.1 Unit Cost for OP	1.0
1.3.1.2 Unit Cost for IP	1.0
1.3.1.3 LC ค่าแรงบุคลากร	0.5
1.3.1.4 MC ค่ายา	0.5
1.3.1.5 MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	0.5
1.3.1.6 MC ค่าเวชภัณฑ์มีชีเยาและวัสดุการแพทย์	0.5
1.3.2 คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้น	1.0
1.3.3 ผลผลิต(Productivity) เป็นที่ยอมรับ	
1.3.3.1 ผลผลิต(Productivity) อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน $\geq 80\%$	1.0
1.3.3.2 sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.หรือ เพิ่มขึ้น 5%	1.0
2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน	
2.1. ความสามารถในการทำกำไร	
2.1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	1.0
2.1.2 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	1.0
2.1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥ 0	1.0
2.2. การวัดสภาพคล่องทางการเงิน	
2.2.1 ทุนสำรองสุทธิ(Net Working Capital) ≥ 0	1.0
2.2.2 Cash Ratio ≥ 0.8	1.0

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บจากรายงานงบการเงินของโรงพยาบาลที่ส่งส่วนกลาง(กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพฯ)ประมวลผลผ่านการวิเคราะห์ดัชนีทางการเงิน รายเดือน/รายไตรมาส <https://hfo.moph.go.th>

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการเงินและบัญชี รพ.กาญจนดิษฐ์ และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K8 ความสำเร็จในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่ บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร้รอยต่อ โดยคำนึงถึงประสิทธิผลความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นที่ตั้ง ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละ ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบรรลุ เป้าหมายตัวชี้วัดและมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งในปี 2566-2570 นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย เป็น 1 ใน 3 จุดเน้นของจังหวัดอีกด้วย

กลยุทธ์ :

พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพไปยังกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีความจำเป็นตลอดจนการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว

แผนดำเนินการ :

พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยนอก

ค่าเป้าหมาย : K8 ความสำเร็จในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	HDC สสจ.สุฎ เป้าหมายปี 2567 ร้อยละ 2	NA	2.44	2.0	2.5	2.7	2.9	3
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	HDC สสจ.สุฎ เป้าหมายปี 2567 ร้อยละ 12	14.3	16.20	12	16	17	18	20

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	1	1.50	1.75	2	2.25
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	9	10	11	12	14

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	1.5	1.75	2.0	2.5	2.7
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	10	11	12	16	17

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	1.75	2.0	2.5	2.7	2.9
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	11	12	16	17	18

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	2.0	2.5	2.7	2.9	3.0
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	12	16	17	18	20

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	2.5	2.7	2.9	3.0	3.2
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	16	17	18	20	21

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0801 ถึง U0802}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0801 ถึง U0802}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวอุริษญา บุรินทร์กุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่ บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร้รอยต่อ โดยคำนึงถึงประสิทธิผลความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นที่ตั้ง ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละ ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบรรลุ เป้าหมายตัวชี้วัดและมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งในปี 2566-2570 นโยบาย ของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ ธานี มีความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพร และการแพทย์แผนไทย เป็น 1 ใน 3 จุดเน้นของจังหวัดอีกด้วย

แผนดำเนินการ :

1. พัฒนาศักยภาพการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน
2. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรด้วยความสะดวก ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย

ค่าเป้าหมาย :

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	NA	2.44	2.0	2.5	2.7	2.9	3

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	1.00	1.50	1.75	2.00	2.25

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	1.5	1.75	2.0	2.5	2.7

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	1.75	2.0	2.5	2.7	2.9

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	2.0	2.5	2.7	2.9	3.0

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0801 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3	2.5	2.7	2.9	3.0	3.2

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : : $\frac{\text{คะแนนที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม}}$

คำอธิบาย : 1. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 หมายถึง สัดส่วนของจำนวน (บาท) ของการส่งจ่ายยาสมุนไพร ต่อจำนวน (บาท) ของการส่งจ่ายยาทั้งหมด ในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรการคำนวณ

$\frac{\text{มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร (ราคาขาย)} \times 100}{\text{มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (ราคาขาย)}}$

โดย 1. มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด หมายถึง จำนวน (บาท) ของการส่งจ่ายยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร โดยใช้ราคาขายในการคำนวณ

2. มูลค่ายาแผนปัจจุบัน หมายถึง จำนวน (บาท) ของการส่งจ่ายยาแผนปัจจุบัน โดยใช้ราคาขายในการคำนวณ

3. มูลค่ายาสมุนไพร หมายถึง จำนวน (บาท) ของการส่งจ่ายยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือยาปรุงเฉพาะราย ที่รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 โดยใช้ราคาขายในการคำนวณ

รายละเอียดการประเมิน	2566	2567	2568	2569	2570
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3	2.00	2.5	2.7	2.9	3.00

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวสุริษา อยู่ทองอ่อน

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0802 อัตราผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20 (ในปี 2570)

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร้รอยต่อ โดยคำถึงถึงประสิทธิผลความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้ง ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดและมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งในปี 2566-2570 นโยบาย ของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพรร และการแพทย์แผนไทย เป็น 1 ใน 3 จุดเน้นของจังหวัดอีกด้วย

แผนดำเนินการ :

1. พัฒนาศักยภาพการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรรไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน
2. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรรด้วยความสะดวกครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย

คำเป้าหมาย :

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	14.3	16.91	12	16	17	18	20

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	15	14	15	16	17

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	14	15	16	17	18

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	15	16	17	18	19

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	16	17	18	19	20

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0802 อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	17	18	19	20	21

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม}}$

คำอธิบาย :

U0802 ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 20 (ในปี 2570) หมายถึง สัดส่วนของจำนวนครั้งที่ประชาชนมารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมบริการบุคคล(กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน) ต่อจำนวนครั้งที่ประชาชนมารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ $\frac{B \times 100}{A}$

A = จำนวนครั้งของการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

B = จำนวนครั้งของการบริการผู้ป่วยนอกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการรายบุคคล (กลุ่มบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)

1. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร

- การปรุญยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุญยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะ

รายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การบำบัดมือเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

2. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่

- การแพทย์แผนจีน เช่น ผิงเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก
- การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

3. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

การพิจารณาความสำเร็จในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ มีเกณฑ์ชี้วัดแบ่งเป็นเกณฑ์ในการดำเนินงาน ดังนี้

รายละเอียดการประเมิน	2566	2567	2568	2569	2570
ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 20	12	14	16	18	20

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวสุริษา อยู่ทองอ่อน ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K9 ความสำเร็จในการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์สำหรับโรงพยาบาล เพื่อสนองต่อความพอเพียง พร้อมใช้ ได้มาตรฐาน และปลอดภัยกับผู้ใช้งานและผู้มารับบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญ การจัดการเครื่องมือแพทย์ที่ดีเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกโรงพยาบาล ดังนั้น โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จึงได้ยึดปฏิบัติแนวทางตามคู่มือการจัดการศูนย์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งจัดทำโดยกองวิศวกรรมทางการแพทย์ “การจัดการศูนย์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล” เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำหลักเกณฑ์ที่กำหนดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการศูนย์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ เช่น การหมุนเวียนเครื่องมือแพทย์ใช้ระหว่างหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล สำหรับเครื่องมือบางชนิด การบำรุงรักษา การเตรียมเครื่องมือแพทย์ให้พร้อมใช้ การทดสอบมาตรฐาน ตลอดทั้งการจัดการให้มีความปลอดภัยสูงสุด เป็นต้น

กลยุทธ์ :

ส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ hardware software และจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อดำเนินการจัดหาเครื่องมือแพทย์ สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือแก่เจ้าหน้าที่ Calibrate เครื่องมือสำคัญและบำรุงรักษาตามกำหนด โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยดำเนินการ

แผนดำเนินการ :

พัฒนาการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยการจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อดำเนินการจัดหาเครื่องมือแพทย์ สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือแก่เจ้าหน้าที่ Calibrate เครื่องมือสำคัญและบำรุงรักษาตามกำหนด

ค่าเป้าหมาย : K9 ความสำเร็จในการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	รพ. (กำหนดเอง)	0	0	0	0	0	0	0
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	รพ. (กำหนดเอง)	NA	100	100	100	100	100	100
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	รพ. (กำหนดเอง)	NA	85	80	85	85	85	85
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	รพ. (กำหนดเอง)	NA	100	80	90	90	90	90

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	70	80	90	100	100

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	65	70	75	80	85
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	73	75	78	80	82.5

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	70	80	90	100	100
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	70	75	80	85	85
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	75	78	80	90	90

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	2	1	0	0	0
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	80	90	100	100	100
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	75	80	85	85	85
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	78	80	90	90	90

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	1	0	0	0	0
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	90	100	100	100	100
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	80	85	85	85	85
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	80	90	90	90	90

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	0	0	0	0	0

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	85	85	85	85	85
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	90	90	90	90	90

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0901 ถึง U0904}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U0901 ถึง U0904}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางยุวดี สุปันตี ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

เครื่องมือ หมายถึง เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัสดุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และให้บริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีระบบบริหารจัดการให้เพียงพอ มีคุณภาพและมาตรฐานสำหรับการใช้งานตามความจำเป็น ที่ผ่านมาโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ประสบปัญหาเกี่ยวกับความเพียงพอของเครื่องมือ อาจเนื่องมาจากระบบบริหารจัดการมีความบกพร่อง ระบบสนับสนุนมีความล่าช้า ขาดผู้รับผิดชอบและศูนย์ควบคุมดูแลเครื่องมือในภาพรวม ส่งผลให้มีเครื่องมือมีการกระจายในแผนกต่างๆ ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้เมื่อมีความจำเป็น

แผนดำเนินการ :

1. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือ
2. จัดตั้งศูนย์เครื่องมือเพื่อรับผิดชอบดูแล บำรุงรักษา และสนับสนุนการให้บริการ
3. จัดหาเครื่องมือที่มีความจำเป็นให้เพียงพอสำหรับการใช้งานและการขยายการบริการ

ค่าเป้าหมาย : เท่ากับ 0

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	0	0	0	0	0	0	0

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0901 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	3	2	1	0	0

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U0901} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม (20 คะแนน)}}$

คำอธิบาย : U0901 อุบัติการณ์ของเครื่องมือไม่พร้อมใช้ พิจารณาจากการเกิดความผิดพลาดใดๆ ที่ทำให้เครื่องมือไม่พร้อมใช้ สำหรับการให้บริการผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นไปที่เครื่องมือแพทย์สำหรับการช่วยชีวิตและการวินิจฉัยโรค

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : นายสิทธิพร นาคสวาท

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นายสิทธิพร นาคสวาท ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ

เป้าประสงค์ที่ : G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

เครื่องมือ หมายถึง เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัสดุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และให้บริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีระบบบริหารจัดการให้เพียงพอ มีคุณภาพและมาตรฐานสำหรับการใช้งานตามความจำเป็น ที่ผ่านมาโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ประสบปัญหาเกี่ยวกับความเพียงพอของเครื่องมือ อาจเนื่องมาจากระบบบริหารจัดการมีความบกพร่อง ระบบสนับสนุนมีความล่าช้า ขาดผู้รับผิดชอบและศูนย์ควบคุมดูแลเครื่องมือในภาพรวม ส่งผลให้มีเครื่องมือมีการกระจายในแผนกต่างๆ ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้เมื่อมีความจำเป็น

แผนดำเนินการ :

1. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือ
2. จัดตั้งศูนย์เครื่องมือเพื่อรับผิดชอบดูแล บำรุงรักษา และสนับสนุนการให้บริการ
3. จัดหาเครื่องมือที่มีความจำเป็นให้เพียงพอสำหรับการใช้งานและการขยายการบริการ

ค่าเป้าหมาย : เท่ากับ 0

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	NA	100	100	100	100	100	100

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 90	60	70	80	100	100

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	70	80	90	100	100

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	80	90	100	100	100

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	90	100	100	100	100

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0902 อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	100	100	100	100	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{เครื่องมือที่ได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลาหรือการใช้งานที่กำหนด} \times 100}{\text{เครื่องมือที่ต้องได้รับการสอบเทียบได้รับการสอบเทียบทั้งหมด}}$

คำอธิบาย : เครื่องมือที่ต้องได้รับการสอบเทียบได้รับการสอบเทียบ พิจารณาจากประวัติการสอบเทียบเครื่องมือจากช่างผู้ชำนาญการหรือบริษัทที่มีความน่าเชื่อถือเพียงพอ ในเครื่องมือที่มีความจำเป็นต้องสอบเทียบตามระยะเวลาหรือการใช้งานที่กำหนด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : นายสิทธิพร นาคสวาท

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นายสิทธิพร นาคสวาท ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ

เป้าประสงค์ที่ : G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

เครื่องมือ หมายถึง เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัสดุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และให้บริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีระบบบริหารจัดการให้เพียงพอ มีคุณภาพและมาตรฐานสำหรับการทำงานตามความจำเป็น ที่ผ่านมาโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ประสบปัญหาเกี่ยวกับความเพียงพอของเครื่องมือ อาจเนื่องมาจากระบบบริหารจัดการมีความบกพร่อง ระบบสนับสนุนมีความล่าช้า ขาดผู้รับผิดชอบและศูนย์ควบคุมดูแลเครื่องมือในภาพรวม ส่งผลให้มีเครื่องมือมีการกระจายในแผนกต่างๆ ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้เมื่อมีความจำเป็น

แผนดำเนินการ :

1. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือ
2. จัดตั้งศูนย์เครื่องมือเพื่อรับผิดชอบดูแล บำรุงรักษา และสนับสนุนการให้บริการ
3. จัดหาเครื่องมือที่มีความจำเป็นให้เพียงพอสำหรับการทำงานและการขยายการบริการ

ค่าเป้าหมาย : เท่ากับ 0

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80	NA	85	80	80	80	80	80

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80	65	70	75	80	85

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80	70	75	80	85	90

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80	70	75	80	85	90

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80	70	75	80	85	90

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0903 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ มากกว่าร้อยละ 80	70	75	80	85	90

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการประเมินความรู้และทักษะ 80\%ขึ้นไป} \times 100}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินความรู้และทักษะทั้งหมด}}$

คำอธิบาย : เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือสำคัญ โดยพิจารณาจากทักษะในการใช้เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ที่ถูกต้องตามมาตรฐานและข้อกำหนดของผู้ผลิต ไม่น้อยกว่า 80% ซึ่งจะใช้การทำแบบทดสอบความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือสำคัญตามลักษณะและการใช้งานของเครื่องมือแต่ละตัวในการประเมิน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : นายสิทธิพร นาคสวาท

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นายสิทธิพร นาคสวาท ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ

เป้าประสงค์ที่ : G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

เครื่องมือ หมายถึง เครื่องใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือวัสดุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และให้บริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีระบบบริหารจัดการให้เพียงพอ มีคุณภาพและมาตรฐานสำหรับการทำงานตามความจำเป็น ที่ผ่านมาโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ประสบปัญหาเกี่ยวกับความเพียงพอของเครื่องมือ อาจเนื่องมาจากระบบบริหารจัดการมีความบกพร่อง ระบบสนับสนุนมีความล่าช้า ขาดผู้รับผิดชอบและศูนย์ควบคุมดูแลเครื่องมือในภาพรวม ส่งผลให้มีเครื่องมือมีการกระจายในแผนกต่างๆ ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้เมื่อมีความจำเป็น

แผนดำเนินการ :

1. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือ
2. จัดตั้งศูนย์เครื่องมือเพื่อรับผิดชอบดูแล บำรุงรักษา และสนับสนุนการให้บริการ
3. จัดหาเครื่องมือที่มีความจำเป็นให้เพียงพอสำหรับการใช้งานและการขยายการบริการ

ค่าเป้าหมาย : เท่ากับ 0

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90	NA		80	82.5	85	87.5	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90	73	75	78	80	82.5

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90	75	78	80	82.5	85

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90	78	80	82.5	85	87.5

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษา	80	82.5	85	87.5	90

ตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90					
---------------------------	--	--	--	--	--

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U0904 ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญที่ได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด มากกว่าร้อยละ 90	82.5	85	87.5	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{จำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด} \times 100}{\text{จำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญทั้งหมด}}$

คำอธิบาย : เครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด โดยพิจารณามาตรฐานการบำรุงรักษาของเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญแต่ละตัวจากผู้ผลิต

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : นายสิทธิพร นาคสวาท

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นายสิทธิพร นาคสวาท ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K10 ความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

จากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ส่งผลทำให้วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นต้น และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในพื้นที่ ซึ่งโรคหรืออาการดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน และมีแนวโน้มของปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ เป็นองค์กรหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้คนในพื้นที่มีสุขภาพดี โดยการส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ต้องมีภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน ดังนั้น ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน คือ กลุ่มแกนนำชุมชน หรือผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กลยุทธ์ :

สร้างเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็งภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลและการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของเครือข่ายและภาคีสุขภาพในพื้นที่

แผนดำเนินการ :

พัฒนาภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะทีม SRRT งาน RDU Community งานทันตสุขภาพ เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน กองทุน LTC ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียน และ รพ.สต.ติดตาม

ค่าเป้าหมาย : K10 ความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1001 ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	เกณฑ์มาตรฐาน SRRT	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	চার	চার	চার
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	HDC สสจ.สฎ	55	ระดับ 3	3	4	4	4	4
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพระดับ5	ทันตกรรม (กำหนดเอง)	NA	3	3	3	4	5	5
U1004 เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	รพ. (กำหนดเอง)	1	0	2	3	4	6	7
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 กย. ครบ 14 แห่ง	รพ. (กำหนดเอง)	2	9 แห่ง	8 แห่ง	10 แห่ง	12 แห่ง	13 แห่ง	14 แห่ง
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	รพ. (กำหนดเอง)	2	50	40	60	80	90	100
U1007 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	สสจ.	0	0	3 แห่ง	6 แห่ง	10 แห่ง	14 แห่ง	18 แห่ง

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1001 ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ดี	ดี	ดี	ดี	ดีมาก
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	0	1	2	3	4
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	0	1	2	3	4
U1004 เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	0	0	1	2	3
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	5 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	10แห่ง
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	1	2	3	4	6
U1007 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	6 แห่ง

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1001 ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	จำรง
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	0	1	2	3	4
U1004 เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	0	1	2	3	4
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	6 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	10แห่ง	12แห่ง
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	20	30	40	60	80
U1007 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	6 แห่ง	14แห่ง

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1001 ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ดี	ดี	ดีมาก	จำรง	จำรง
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	1	2	3	4	5
U1004 เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	1	2	3	4	6
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	7 แห่ง	8 แห่ง	10แห่ง	12แห่ง	13แห่ง
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	30	40	60	80	90
U1007 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	6 แห่ง	14แห่ง	18แห่ง

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1001 ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ดี	ดีมาก	จำรง	จำรง	จำรง
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	1	2	3	4	5
U1004 เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	2	3	4	6	7
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 กย. ครบ 14 แห่ง	8 แห่ง	10แห่ง	12แห่ง	13แห่ง	14แห่ง
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	40	60	80	90	100
U1007 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	3 แห่ง	6 แห่ง	14แห่ง	18แห่ง	18แห่ง

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1001 ทีม SRRTอำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ดี	ดีมาก	อ้าง	อ้าง	อ้าง
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	1	2	3	4	5
U1004 เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	3	4	6	7	8
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 กย. ครบ 14 แห่ง	10แห่ง	12แห่ง	13แห่ง	14แห่ง	14แห่ง
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	60	80	90	100	100
U1007 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	6 แห่ง	14แห่ง	18แห่ง	18แห่ง	18แห่ง

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U1001 ถึง U1007} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U1001 ถึง U1007}}$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางกิ่งแก้ว ลิ้มสุวรรณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1001. ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การพัฒนาศักยภาพทีม SRRT ในการตอบสนองเหตุการณ์ เน้นการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรค อย่างโดยเร็ว ทีม SRRT ไม่ได้มีภารกิจในการควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์ แต่ทีม SRRT ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ ประสานและปฏิบัติงานร่วมกับทีมหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่เฉพาะได้

แผนดำเนินการ :

1. ประชุมทีมพัฒนาศักยภาพปีละอย่างน้อย 2 ครั้ง
2. ทีมมีความพร้อมในการออกปฏิบัติงาน
3. มีการประเมิน สรุปสถานการณ์รายเดือน

ค่าเป้าหมาย : ระดับดีมาก

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1001. ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง	อ้าง	อ้าง

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์	ดี	ดี	ดี	ดี	ดีมาก

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับ หมายถึง ทุกตัวชี้วัดย่อยผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

คำอธิบาย : -การผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดย่อย ส่วนใหญ่พิจารณาจากเอกสารต่างๆเช่นคำสั่งแฟ้มประวัติรายการสิ่งสนับสนุนเกณฑ์เงื่อนไขที่ทีมกำหนดทะเบียนรายงานบางตัวชี้วัดย่อยอาจพิจารณาจากหลักฐานอื่นๆ เช่น ยานพาหนะ วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ตัวชี้วัดย่อยมี 2 ชนิด คือ

- ตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานเป็นรายการหรือข้อกำหนดขั้นต่ำของทีม
- ตัวชี้วัดด้วยระดับดีแสดงศักยภาพและประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของทีม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบประเมิน SRRT

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ งานระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวมนชนก พัฒน์คล้าย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

เนื่องจากปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น ใช้ยาไม่ถูกโรค ไม่ถูกขนาด ไม่ถูกระยะเวลา ใช้ยาที่มีประวัติแพ้ ซึ่งการใช้ยาในลักษณะนี้ส่งผลให้เกิดความไม่คุ้มค่าในการใช้ยา เกิดการดื้อยา ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากผลข้างเคียงและอันตรายจากยา จึงได้มีการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุสมผลระดับอำเภอ (RDU district) เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างปลอดภัย เพิ่มคุณภาพในการรักษา ลดปัญหาการดื้อยา และประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังต้องมีการจัดตั้งศูนย์แจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเฝ้าระวังปัญหาในชุมชน เช่น ยาชุดแก้ปวด ยาสเตรียรอยด์ในยาแผนโบราณ สารห้ามใช้ในเครื่องสำอางหรืออาหาร สารเคมีในอาหาร ซึ่งสามารถเข้าถึงได้จาก รถเร่ ขายตรง ตลาดนัด ร้านค้าในชุมชน รวมทั้งอินเทอร์เน็ตหรือทีวี

แผนดำเนินการ :

1. กำหนดมาตรการในการส่งเสริมใช้ยาสมเหตุสมผลทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผ่านการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ
2. ผลักดันให้ RDU เป็นนโยบายระดับอำเภอ โดยจัดตั้งอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ
3. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
4. ดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนงาน RDU community และกำกับติดตามการดำเนินงานเกี่ยวกับ RDU ในทุกด้าน เพื่อให้การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในภาพรวมของอำเภอต่อเนื่องและยั่งยืน

ค่าเป้าหมาย : ระดับ 4

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1002 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	55 คะแนน	ระดับ3	3	4	4	4	4

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4		1	2	3	4

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	1	2	3	4	5

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : คิดผลรวมคะแนนจากเกณฑ์ RDU ทั้ง 7 ข้อ แล้วประเมินว่าอยู่ระดับไหน (1 – 5)

คำอธิบาย : -

0วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมคะแนน ตามเกณฑ์ให้คะแนน

0

แ0หลังข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ภาญ.อุมาพร ชัยยศ

0

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาววิรดา คำเนตร ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ปัจจุบันการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายการดำเนินงาน เนื่องจาก ปัญหาทางด้านสาธารณสุขนั้นเป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างๆ ในลักษณะองค์รวมไม่สามารถแยกส่วนในการแก้ไขปัญหาได้ ประกอบกับข้อจำกัดในการดำเนินงานของภาครัฐซึ่งมีทรัพยากรทั้งบุคคลและงบประมาณในปริมาณที่จำกัด การอาศัยการดำเนินงานแบบเครือข่ายจึงช่วยสนับสนุนให้งานด้านสาธารณสุขประสบความสำเร็จได้ ซึ่งอำเภอกาญจนดิษฐ์มีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายที่รวมทั้งเครือข่ายองค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรเอกชน และภาคประชาชนมาตลอด แต่ยังคงมีประเด็นสำคัญที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชนในพื้นที่ที่ยังต้องพัฒนาศักยภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นผู้ที่มีความสำคัญและมีบทบาทอย่างยิ่งในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นผู้นำการสร้างสุขภาพเชิงรุกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย โดยการแจ้งข่าวสารสาธารณสุข พร้อมทั้งพัฒนาและวางแผน ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน เป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ทั้งเป็นแกนนำชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในชนชนต่าง ๆ บทบาทสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านทันตกรรมประจำหมู่บ้านจะช่วยเป็นกำลังสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ จากข้อมูลอำเภอกาญจนดิษฐ์ ปี 2564 เด็กอายุ 0-2 ปีได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในช่องปากเพียงร้อยละ 45.89 และได้รับการเคลือบหรือทาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ 40.9 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเด็กช่วงอายุ 0-2 ปียังเข้าถึงบริการทางทันตสุขภาพน้อย ทางกลุ่มงานทันตกรรม มุ่งหวังว่า อสม.จะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนความรู้สู่การปฏิบัติ สนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปาก

แผนดำเนินการ : จัดทำโครงการ อสม.ร่วมด้วยช่วยป้องกันฟันผุ อำเภอกาญจนดิษฐ์เพื่อเป็นการฟื้นฟูให้ อสม. มีความรู้ในการตรวจเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพเด็กอายุ 0-2 ปี สามารถแนะนำความรู้ให้กับผู้ปกครองเด็กในพื้นที่รับผิดชอบได้และเป็นการติดตามการทำงานของ อสม.อีกด้วย พัฒนาศักยภาพและการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชนในพื้นที่

ค่าเป้าหมาย : ระดับ 5

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	NA	3	3	3	4	5	5

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	0	1	2	3	4

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	0	1	2	3	4

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	1	2	3	4	5

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	2	3	4	5	6

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1003 ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	3	4	5	6	7

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโดย อสม.} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด ในอำเภอกาญจนดิษฐ์}}$$

คำอธิบาย : -

U งานทันตกรรม	
เกณฑ์การให้คะแนน	รายละเอียดการประเมิน
1 คะแนน	ขั้นตอนที่ 1 มีโครงการ แผนปฏิบัติงาน มีการแต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน
2 คะแนน	ขั้นตอนที่ 2 อสม.และภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพความรู้ในงานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพระดับหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน (เป็นครู ก)
3 คะแนน	ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาเครือข่าย อสม.ในหมู่บ้านเพิ่มขึ้น (เป็นครู ข ร้อยละ 80)
4 คะแนน	ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาเครือข่าย อสม.และกลุ่มผู้ดูแล (เป็นครู ค ร้อยละ 90)
5 คะแนน	ขั้นตอนที่ 5 มีการกำกับติดตาม รพ.สต.และ อสม.ให้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันทางทันตสุขภาพ(ร้อยละ 90)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากเอกสารการดำเนินงานของ อสม.

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นเอกสารการดำเนินงานของ อสม.ที่จัดส่งให้กับ รพ.สต.แต่ละพื้นที่

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางพรพรรณ ตั้งวงศ์ ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 7 แห่ง

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

นโยบายการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้เป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง” โดยในปี 2566 การปรับระบบบริการสุขภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เมื่อเจ็บป่วยได้รับการรักษาและส่งต่อ(กรุงเทพฯธุรกิจ 2565)ตั้งนั้นการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์(สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ,2022)

อำเภอกาญจนดิษฐ์ มีจำนวนหน่วยกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด3 แห่ง โดยแบ่งระดับเป็นหน่วยพื้นฐานได้แก่เทศบาลตำบลช้างซ้าย ระดับกลาง ได้แก่มูลนิธิกุศลศรัทธากาญจนดิษฐ์ และระดับสูงคือ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ในปี 2565 มีจำนวนผู้ใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด 2,815 ราย โดยดูแลและนำส่งโดยหน่วยกู้ชีพเทศบาลช้างซ้าย จำนวน261ราย โดยกู้ชีพกู้ภัยกาญจนดิษฐ์ จำนวน 1,798 ราย และหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่ามีเพียงร้อยละ20.30 ของผู้ใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วยวิกฤติ(สีแดง)ของอำเภอกาญจนดิษฐ์ ที่มาด้วยระบบ EMS จากการทบทวนพบว่า จำนวนหน่วยกู้ชีพ ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอกาญจนดิษฐ์ โดยมีปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องได้แก่หน่วยงานของท้องถิ่นในการจัดตั้งศูนย์กู้ชีพ มีระบบวิทยุสื่อสาร รถพยาบาลฉุกเฉิน และบุคลากรที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรEMR อย่างน้อย 10 คน

โรงพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงจำเป็นต้องสนับสนุนและผลักดันหน่วยงานท้องถิ่นในการเรื่องการตั้งศูนย์กู้ชีพพื้นฐานเพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

แผนดำเนินการ : ประสาน/สนับสนุน/ส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดตั้งหน่วยกู้ชีพครอบคลุมทุกตำบล

ค่าเป้าหมาย : เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 7 แห่ง

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	1	0	2	3	4	6	7

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	0	0	1	2	3

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	0	1	2	3	6

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	1	2	3	6	7

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	2	3	6	7	8

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1004. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	3	6	7	8	9

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : -

คำอธิบาย : หน่วยกู้ชีพพื้นฐาน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจำนวนหน่วยกู้ชีพพื้นฐาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : หน่วยกู้ชีพพื้นฐาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล สกุล...นางปิยะหทัย หนูน้อย... ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของประชากรในวัยต่างๆเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วระบบบริการและสวัสดิการต่างๆทางด้านสังคมไม่เพียงพอโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลด้านสุขภาพของตนเองตามมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านสุขภาพจากการถดถอยและเสื่อมลงของสุขภาพเป็นผลทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เบียดเบียน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติทางสายตา การเกิดโรคระดูกและข้อและพิการ มักจะพบปัญหาทางด้านสุขภาพ กายและจิตใจร่วมด้วย

ข้อมูลสถิติปี 2565 อำเภอกาญจนดิษฐ์มีประชากรทั้งหมด 109,212 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 15,918 คน คิดเป็นร้อยละ 14.58 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 14,167 คน คิดเป็นร้อยละ 89 จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 13,710 คน คิดเป็นร้อยละ 96.77 กลุ่มติดบ้านจำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 2.33 กลุ่มติดเตียงจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 0.90 ข้อมูลนี้สามารถบอกถึงภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุมีจำนวน 457 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพปัญหาที่มีความหลากหลายในแต่ละคน เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหาช่องปาก ปัญหาการมองเห็น เสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะทุโภชนาการ เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นทั้งจากโรคและความเสื่อมถอยตามวัย หากรวมในทุกกลุ่มวัยที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยแล้ว จึงเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ทุกภาคส่วนควรร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Long Term Care)

แผนดำเนินการ :

1. แต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน Long Term Care ในเครือข่าย
2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
3. ทุกหน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินการสำรวจและวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์ คีย์ข้อมูลเพื่อให้ท้องถิ่นยืนยันสิทธิ์ละของงบประมาณจาก สปสช. รวมทั้งเปิดประชุมกองทุน Long Term Care เพื่ออนุมัติงบประมาณการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
4. หน่วยบริการสาธารณสุขจัดทำโครงการตามแผนที่ได้รับอนุมัติ ติดตามดูแลรายบุคคลตามแผนที่วางไว้ ประเมินผลหลังดำเนินการ 9 เดือน และ 12 เดือนเพื่อขอรับงบประมาณต่อไป

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	14	64	60	70	80	90	100

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	30	40	50	60	70

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	40	50	60	70	80

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	50	60	70	80	90

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	60	70	80	90	100

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1005 การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 ก.ย. ครบ 14 แห่ง	70	80	90	100	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $A/B \times 100$

A = จำนวนสถานบริการที่เบิกจ่ายเงินกองทุน LTC

B = จำนวนสถานบริการทั้งหมด

คำอธิบาย : กองทุน LTC หมายถึง กองทุนกรณีพิเศษที่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิระยะยาว ดำเนินการจัดตั้งกองทุนโดยท้องถิ่นทุกตำบลยื่นเรื่องขอทำสัญญาเพื่อรับเงินในการดูแลผู้มีสิทธิดังกล่าวกับ สปสช. ได้สำเร็จ

ผู้มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีผลการคัดกรอง ADL barthel index (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) แล้วพบว่าได้คะแนนน้อยกว่า 12(0-11) คะแนน

สถานบริการ หมายถึง หน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในอำเภอกาญจนดิษฐ์ ทั้งในความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลการใช้จ่ายเงินกองทุน LTC ของ สปสช.

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กองทุน LTC

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล สกุล นางวชิรา มุกดาพิทักษ์ **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม

สภาพปัญหา :

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยพบขนาดของปัญหาทั้งประเทศไทย และทั่วโลกร้อยละ 20 ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นที่น่าเป็นห่วง ในปัจจุบัน คือปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น ปัญหาการติดเกม ปัญหาความรุนแรง และปัญหายาเสพติด ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น การแก้ไขปัญหายูวกรุ่นให้ประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมือบูรณาการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน

แผนดำเนินการ : ประสานเครือข่ายโรงเรียนมัธยมและสาธารณสุขระดับตำบลในการดำเนินงาน

ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 100 (10 โรงเรียน)

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	2	5	40	60	80	90	100

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	1	2	3	4	6

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	10	20	40	60	80

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	20	40	60	80	90

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	40	60	80	90	100

ปี 2570

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1006 ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	40	60	80	90	100

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KP I : การจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมผ่านเกณฑ์ในแต่ละปีงบประมาณ

คำอธิบาย : ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น หรือ (ศูนย์ให้คำปรึกษา) ในสถานศึกษาอำเภอกาญจนดิษฐ์ หมายถึง ศูนย์ที่จัดตั้งในโรงเรียน ประกอบด้วย โรงเรียนกาญจนดิษฐ์ โรงเรียนท่าอุแทพิทยา โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการกาญจนดิษฐ์ โรงเรียนท่าเพื่อองวิทยา วิทยาลัยเทคนิคกาญจนดิษฐ์ โรงเรียนบ้านคลองสระ โรงเรียนบ้านคลองนามิตรภาพที่ 201 โรงเรียนวัดเขาพระนัมม โรงเรียนวัดท่าไทร (ติดถนนูเคราะห์) โรงเรียนวัดบ้านโน โดยดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นในนักเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วไป การตั้งครรภในวัยรุ่น และเด็กที่ถูกกระทำรุนแรง ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน และสามารถส่งต่อโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดได้ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น ดังนี้

1. มีคณะกรรมการดำเนินงานในศูนย์ฯประกอบด้วย อาจารย์ นักเรียนที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและโรงพยาบาล
2. มีสถานที่พร้อมให้บริการ
3. มีทีมให้บริการเบื้องต้นประกอบด้วย นักเรียนที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา
4. ทะเบียนผู้มารับบริการ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายธนวรรณ เกิดจันทร์ ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ 18 แห่ง

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (PP&P, Service, People, Governance) และจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2564-2565 ทั้ง 9 ด้าน ในส่วนของระบบปฐมภูมิ (Primary Care) มุ่งเน้นการสร้งระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ไตผนวก 3 ประเด็นหลัก คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว ทั้งประเภท หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit) โดยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน และ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กร การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่างๆ ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการปัญหาสุขภาพอันส่งผลให้ประชาชนได้รับ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการตามขนาดของ รพ.สต. สนับสนุนทีมที่เล็กที่มีความเชี่ยวชาญเข้าไปให้การช่วยเหลือ ทีมส่วนที่ขาด ส่งเสริมจุดเด่น เพื่อพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ครบทุกแห่ง และเกิดเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงระบบบริการแบบไร้รอยต่อระหว่าง รพ.กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

แผนดำเนินการ :

1. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ระดับอำเภอ
2. ประชุมคณะทำงานพัฒนาและประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว วิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว หมวด 1-5 ในปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดแนวทางดำเนินงาน และแผนการลงเยี่ยมประเมินการรับรองการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
3. ประชุมชี้แจงนโยบาย ทิศทาง ติดตาม การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ทราบ
4. รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ประเมิน ตัวเองตามเกณฑ์และ บันทึกข้อมูลในระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ในโปรแกรม <http://gishealth.moph.go.th/pcu>
5. ทีมที่เล็กระดับ อำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100
6. คณะกรรมการ ระดับอำเภอ ออกประเมินรับรองการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
7. รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้รับการ พัฒนาโดยทีมที่เล็ก ระดับอำเภอ

ค่าเป้าหมาย : 18 แห่ง

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	NA	4	3แห่ง	3แห่ง	6แห่ง	14แห่ง	18แห่ง

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	0	1	2	3	6

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	0	1	2	3	6

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	1	2	3	6	14

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	2	3	6	14	18

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1007. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง	3	6	14	18	20

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมคะแนนหมวด 1-5} \times 100}{\text{คะแนนเต็มหมวด 1-5}}$

คำอธิบาย :

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาควิชาสัมพันธ์ 4) บุคลากรที่ดี 5) บริการดี 6) ประชาชนมีสุขภาพดี

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด 5 ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว

3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสุขภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : 1. รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล,
2. คณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอตรวจสอบและแก้ไขการรับรอง

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล สกุล...นางกิ่งแก้ว ลิ้มสุวรรณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ : G11 : องค์กรแห่งการเรียนรู้

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K11 ความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

องค์กรเรียนรู้ (Learning Organization) เป็นแนวคิดในการพัฒนาองค์กรโดยเน้นการพัฒนาการเรียนรู้สภาวะของการเป็นผู้นำในองค์กรและการเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร เพื่อให้เกิดการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสิทธิภาพ และทักษะร่วมกัน เพื่อพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทันท่วงทีสภาวะการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขัน องค์กรที่ยกระดับคุณภาพด้วยการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงโดยใช้เครื่องมือคุณภาพ ได้แก่ PDCA, Lean (CQI), R2R และ Innovation อย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์กรทำงานไม่หยุดนิ่งในการสร้างสิ่งใหม่ๆ ทั้งด้านผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและเพิ่มประสิทธิผลในการดำเนินพันธกิจเพื่อรองรับการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์มีจำนวนน้อยมาก ส่งผลให้ตัวชี้วัดดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

กลยุทธ์ :

พัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดทำงานวิจัย นวัตกรรม CQI และ Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ตลอดจนจัดกิจกรรมวิชาการเพื่อเป็นพื้นที่ในการเรียนรู้ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาล

แผนดำเนินการ :

พัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดทำงานวิจัย นวัตกรรม CQI และ Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ตลอดจนจัดกิจกรรมวิชาการเพื่อเป็นพื้นที่ในการเรียนรู้

ค่าเป้าหมาย : K11 ความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1101 จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	รพ. (กำหนดเอง)	NA	25	20	22	23	24	25
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	รพ. (กำหนดเอง)	0	7	3	4	5	6	7

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101 จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	14	16	18	20	22
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	0	1	2	3	4

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101 จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้าน สุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	16	18	20	22	28
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	1	2	3	12	12

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101 จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้าน สุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	18	20	22	28	32
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	1	2	3	12	12

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101 จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้าน สุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	20	22	28	32	36
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	1	2	3	12	12

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101 จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้าน สุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	22	28	32	36	40
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	1	2	3	12	12

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U1101 ถึง U1102}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U1101 ถึง U1102}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : คุณสุริษา อยู่ทองอ่อน ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G11 : องค์กรแห่งการเรียนรู้

ตัวชี้วัด (U) : U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

องค์กรการเรียนรู้ (Learning Organization) เป็นแนวคิดในการพัฒนาองค์กรโดยเน้นการพัฒนาการเรียนรู้สถานะของการเป็นผู้นำในองค์กร (Leadership) และการเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร (Team Learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะร่วมกัน และพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องทันต่อสถานะการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขัน โดยความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นสามารถจัดทำขึ้นเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานที่ดำเนินงาน ได้แก่ งานวิจัย R2R และนวัตกรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงาน เป็นต้น ซึ่งในปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่า จำนวนงานวิจัยหรือนวัตกรรมทางการแพทย์มีจำนวนน้อยและยังขาดเวทีในการเสนอผลงาน ทางกลุ่มการพยาบาลจึงมีการกำหนดกลยุทธ์ในการส่งเสริมการทำวิจัย นวัตกรรม R2R ทางทางการแพทย์ขึ้น

แผนดำเนินการ :

1. จัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพในระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ เพื่อเป็นการปลุกกระตุ้นใจ สร้างแรงบันดาลใจ และสร้างแนวทางการทำวิจัยและนวัตกรรมให้สำเร็จลุล่วง
2. สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการจัดทำผลงานวิจัยและนวัตกรรม
3. จัดเวลาประกวดผลงานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า 25 เรื่อง/ปี

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	AN	25	20	25	28	32	36

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	14	16	18	20	22

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	18	20	22	25	28

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	20	22	25	28	32

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	22	25	28	32	36

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1101. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	25	28	32	36	38

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$
คะแนนเต็ม (5 คะแนน)

คำอธิบาย : -จำนวนงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่แล้วเสร็จ พิจารณาจากผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่ดำเนินการแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณนั้นๆ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวศิริขวัญ จุลภักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G11 : องค์กรแห่งการเรียนรู้

ตัวชี้วัด (U) : U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การประชุมทางวิชาการ หมายถึง การชุมนุมในด้านวิชาการหรือวิชาชีพ ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การแก้ประเด็นปัญหาสำคัญ ความห่วงใยหรือ เพื่อความก้าวหน้าร่วมกัน หรือเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิจารณาเลือกกฎระเบียบหรือประเพณีปฏิบัติ (shared rule or custom) ในสาขาวิชาการหรือวิชาชีพที่ไม่ได้กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยในโรงพยาบาลถือว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการพัฒนาความรู้ความสามารถให้กับบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพทางด้านการวิจัย การสร้างนวัตกรรม การสร้าง CQI ตลอดจนการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านวิชาชีพ ซึ่งนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ในอนาคต

แผนดำเนินการ :

1. กลุ่มงานหรือทีมคร่อมสายงานวางแผนจัดประชุมวิชาการหรือกิจกรรมทางวิชาการสำหรับบุคลากร เพื่อเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพในระดับหน่วยงานหรือโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
2. กลุ่มงานหรือทีมคร่อมสายงานดำเนินการจัดประชุมวิชาการหรือกิจกรรมทางวิชาการสำหรับบุคลากร
3. สืบหาข้อมูลการจัดประชุมวิชาการหรือกิจกรรมทางวิชาการสำหรับบุคลากรเพื่อจัดทำฐานข้อมูล

ค่าเป้าหมาย : U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละ 7 ครั้ง

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	0	7	3	12	12	12	12

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	0	1	2	3	4

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	6	8	10	12	14

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	6	8	10	12	14

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	6	8	10	12	14

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1102 จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	6	5	10	12	14

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$
คะแนนเต็ม (5 คะแนน)

คำอธิบาย : กิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ คือ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อประชุมหรือแลกเปลี่ยนรู้ทางวิชาการหรือวิชาชีพ โดยต้องมีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เป็นหลัก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายดุริยางค์ วาสนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G12 : บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K12 ความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในองค์กร เป็นการนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์ขององค์กร การพัฒนาบุคลากรให้มีคุณลักษณะเหมาะสมและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุขกับการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายในยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ การสร้างความสุขในการทำงานจะต้องมาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้งองค์กร จึงจะนำองค์กรไปสู่องค์กรแห่งความสุขได้ หากลองนำข้อมูลเหล่านี้ไปสำรวจเจ้าหน้าที่ของตนเอง หรือลองนำข้อมูลเหล่านี้ไปปรับพัฒนาองค์กรให้มีบรรยากาศที่นำทำงานมากขึ้น สร้างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น อาจส่งผลในการสร้างความสุขในการทำงานแก่บุคลากรเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ท้ายที่สุดองค์กรจะได้รับผลงานที่มีประสิทธิภาพจากบุคลากรที่สมรรถนะในการทำงานสูงเพื่อพัฒนาระบบงานต่อไป

การเพิ่มศักยภาพและขยายบริการของโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อรองรับกับภาระงานที่จะต้องให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน ซึ่งจะต้องจัดเตรียมให้พร้อมตามจำนวนหรือสัดส่วนที่กำหนดไว้สำหรับการจัดบริการต่างๆ ทั้งนี้ สำหรับโรงพยาบาลมีการจัดทำรอบอัตรากำลังคนเทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา (Full Time Equivalent: FTE) โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังคงประสบปัญหาการไม่สะท้อนความเป็นจริงเกี่ยวกับอัตรากำลังคนและความเหมาะสมกับภาระงาน นอกจากนี้ สำหรับโรงพยาบาลที่มีการเพิ่มศักยภาพและขยายบริการ ไม่สามารถนำ FTE ดังกล่าวมาใช้ได้ เพราะจะส่งผลให้ไม่มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดอัตรากำลังคนตามความเหมาะสมของงานที่ขยายบริการร่วมด้วย

กลยุทธ์ :

พัฒนาความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน สมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากรแต่ละสายงาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสม โดยสามารถนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนดำเนินงาน การบริหารจัดการที่เหมาะสม ตลอดจนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร

แผนดำเนินการ :

พัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากรแต่ละสายงาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสม

ค่าเป้าหมาย : K12 ความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1201 ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	รพ. (กำหนดเอง)	NA	NA	70	75	80	85	90
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	Happinometer กระทรวงสาธารณสุข	61.7	69.06	60	62.5	65	67.5	70

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	55	60	65	70	75
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	53	55	58	60	62.5

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	60	65	70	75	80
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	40	50	60	70	70

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	65	70	75	80	85
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	40	50	60	70	70

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	70	75	80	85	90
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	40	50	60	70	70

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	75	80	85	90	95
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	40	50	60	70	70

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U1201 ถึง U1202}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U1201 ถึง U1202}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G12 : บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน

ตัวชี้วัด (U) : U1201 ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

สมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ เป็นสมรรถนะความสามารถที่กำหนดขึ้นจากขอบเขตหน้าที่งานที่รับผิดชอบ เป็นความสามารถที่องค์กรคาดหวังกับบุคลากร เพื่อให้ผู้ดำรงตำแหน่งงานนั้นสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรวางไว้

แผนดำเนินการ : แต่ละกลุ่มงานกำหนดสมรรถนะจากขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) 2565	เกณฑ์การให้คะแนน				
		2566	2567	2568	2569	2570
U1201 ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	NA	70	75	80	85	90

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	55	60	65	70	75

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	60	65	70	75	80

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	65	70	75	80	85

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	70	75	80	85	90

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	75	80	85	90	95

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนตัวชี้วัด} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของตัวชี้วัด}}$

คำอธิบาย : บุคลากรได้รับการประเมินสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ทุกกลุ่มงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ทุกกลุ่มงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G12 : บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน

ตัวชี้วัด (U) : U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การทำงานอย่างมีความสุขนั้น เป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนในองค์กรนั้นปรารถนา หากได้ทำงานในที่ทำงานที่รู้สึกว่ามี ความสุขจะรู้สึกผูกพัน สนุกสนาน ความรู้สึกที่มาทำงานจะหมดไปกลายเป็นการร่วมสนุกกับกิจกรรมต่างๆ ปัจจุบันกระแสการ สร้างการทำงานอย่างมีความสุขในประเทศไทยได้เริ่มแพร่หลายมากยิ่งขึ้น สร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่บุคลากรรู้สึกถึงการมี ส่วนร่วมในการทำงาน ทำงานแล้วรู้สึกมีความสุข รู้สึกถึงความมั่นคงในงาน การเจริญเติบโตก้าวหน้า กระตือรือร้นในการทำงาน ที่ได้รับมอบหมาย สนุกกับงาน มีความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนร่วมงานและสภาพแวดล้อมที่ดีที่เอื้ออำนวยให้เกิดความสุขในการทำงาน ลดความเครียดและความขัดแย้งภายในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้องค์กรเจริญก้าวหน้าและพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ สำหรับโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์มีการประเมินความสุขในการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบประเมิน Happinometer พบว่า ปี 2561-2562 และ 2564-2565 มีคะแนน 69.30 61.50 65.68 และ 61.72 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นและลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง ยังไม่สามารถบรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้

แผนดำเนินการ :

ดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาความสุขของบุคลากรในองค์กรตามประเด็น Happinometer ที่มีคะแนนต่ำ อีกทั้งจัด กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรเนื่องในวันสำคัญและงานประเพณีต่างๆ ตลอดจนจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข

ค่าเป้าหมาย : U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70	61.72	69.10	60	70	70	70	70

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70	53	55	58	60	70

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70	45	50	60	70	80

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70	45	50	60	70	80

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ70	45	50	60	70	80

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	45	50	60	70	80

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$
คะแนนเต็ม (5 คะแนน)

คำอธิบาย : ใช้แบบประเมิน Happinometer ในการประเมินความสุขในการทำงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายดุริยางค์ วาสนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G13 : การจัดการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดี

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K13 ความสำเร็จในการจัดการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดี ร้อยละ 100

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม นับว่าเป็นการบริการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มวัยแรงงานและกลุ่ม ประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม ทั้งการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งในปี ๒๕๕๘ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้พัฒนา คุณภาพการจัดการจัดการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุขขึ้น และมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้มีการบูรณาการการจัดการอาชีวอนามัยและการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน และมีการดำเนินงานใน หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยในปี ๒๕๖๑ ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด M๒ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่พัฒนาพิเศษทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ตามความพร้อมและสภาพของพื้นที่ ทั้งนี้ ได้มีการปรับปรุงแนวทางการจัดการให้บริการให้สอดคล้องเหมาะสมกับการ ดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมถึงปรับปรุงเกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

กลยุทธ์ :

พัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge เป็นแนวทางในการพัฒนาบนเนื้อที่ของโรงพยาบาล ประกอบกับการขยายพื้นที่บริการโดยใช้งบประมาณจากภายในและภายนอก และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยใน การให้บริการที่ดีและปลอดภัย

แผนดำเนินการ

พัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge เป็นแนวทางในการพัฒนา

ค่าเป้าหมาย : K13 ความสำเร็จในการจัดการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดี ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและ ค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน บริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	เกณฑ์มาตรฐาน บริการงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	ดีมาก (80)	ดีเด่น (88.3)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (90)
U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	เกณฑ์ Green and Clean Hospital	ดีมาก พลัส	Challenge	Excel len	Challenge	Challenge	Challenge	Challenge

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	เริ่มพัฒนา (50)	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (82)
U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (60)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)
U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (60)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)
U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (60)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)
U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (60)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)
U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U1301 ถึง U1302}}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U1301 ถึง U1302}} \times 100$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายดุริยางค์ วาสนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G13 : การจัดการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดี

ตัวชี้วัด (U) : U1301 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม นับว่าเป็นการบริการทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มวัยแรงงานและกลุ่ม ประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ทั้งการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งในปี 2558 สำนัก โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้พัฒนาคุณภาพการจัดการจัดการบริการอาชีวอนามัยของหน่วย บริการสาธารณสุขขึ้น และมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน ได้มีการบูรณาการการ จัดบริการ อาชีวอนามัยและการจัดการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน และมีการดำเนินงานในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยในปี 2561 ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่พัฒนาพิเศษทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความพร้อม และสภาพของพื้นที่ ทั้งนี้ได้มีการปรับปรุง แนวทางการจัดการบริการให้สอดคล้องเหมาะสมกับการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมถึง ปรับปรุง เกณฑ์การประเมินให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในภาพรวมอย่างต่อเนื่องต่อไป

แผนดำเนินการ :

1. มีการเดินสำรวจสถานที่ทำงานเพื่อค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล
2. การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกและเชิงรับแก่บุคลากรในโรงพยาบาลและผู้ประกอบอาชีพภายนอก รวมถึงผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
3. การพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานและการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค/การบาดเจ็บจากการทำงานตามความเสี่ยง การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ค่าเป้าหมาย : ระดับ ดีเด่น

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1201 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดีมาก (80)	ดีเด่น (88.3)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (90)

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	เริ่มพัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (82)

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1201 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (90)	ดีเด่น (95)

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม (5คะแนน)}} \times 100$

คำอธิบาย : มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน พิจารณาจากผลการประเมินตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับเริ่มต้นพัฒนา

คะแนนต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1, 2 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-2 ร้อยละ 70

ระดับ ดี

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3, 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 50

ระดับ ดีมาก

ต้องผ่านองค์ประกอบที่ 1-3, 5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 ร้อยละ 70 และคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 5 อย่างน้อย ร้อยละ 60

ระดับ ดีเด่น

ต้องผ่านทุกองค์ประกอบ 1-5 มีการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล การจัดการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก การจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยมีคะแนนผ่านองค์ประกอบที่ 1-5 ร้อยละ 70 ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ทุกกลุ่มงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ทุกกลุ่มงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวภา แก่นศิริ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G13 : การจัดการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดี

ตัวชี้วัด (U) : U1302 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ในแต่ละวัน จึงมีกิจกรรมจากผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจำนวนมาก ก่อให้เกิดของเสีย อาทิ เศษอาหารจากตักผู้ป่วย โรงอาหารร้านอาหารสิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย น้ำเสีย ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อการใช้พลังงาน และการใช้สารเคมีในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลและชุมชนโดยรอบ

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้หลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์ และขยายผลสู่สังคมได้ต่อไป

แผนดำเนินการ :

ทบทวนและพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับคณะกรรมการ ENV ตามหลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) โดยใช้กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์ และขยายผลสู่สังคม

คำเป้าหมาย : ระดับ Challenge

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline)		เกณฑ์การให้คะแนน				
	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1202 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ดีมากพลัส	Challenge	Excellen	Challenge	Challenge	Challenge	Challenge

รายละเอียดการประเมิน

ปี 2566

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge

ปี 2567

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

ปี 2568

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

ปี 2569

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

ปี 25670

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
U1202 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	ไม่ผ่าน	Standard	Excellen	Challenge	Challenge

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม (3คะแนน)}} \times 100$

คำอธิบาย : เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในปี 2565



วิธีการจัดเก็บข้อมูล : เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในปี 2565

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : นางสาวสุมาลี ทองสีดำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางกิ่งแก้ว ลิ้มสุวรรณ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

เป้าประสงค์ที่ : G14 Smart Hospital

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K14 ความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ร้อยละ 80

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ปัจจุบันโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากและเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการรอรับบริการนานขึ้น และเกิดปัญหาความแออัดตามมา ดังนั้น โรงพยาบาลได้เริ่มนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการบริหาร จัดการ เพื่อแก้ไขปัญหาในงานด้านต่าง ๆ โดยใช้นโยบาย Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการทำงานของระบบสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเพิ่มความสะดวกในระบบบริการ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย และการบริหารจัดการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะและ Internet of Things (IoT) ในโรงพยาบาล หรือการนำดิจิทัลเทคโนโลยีเข้ามายกระดับการทำงาน ตั้งแต่การรักษาที่ตรงจุดด้วยเทคโนโลยี และเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย รวมถึงขั้นตอนการทำงานภายในและบริการการรักษาที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์ที่ดีมีความพึงพอใจสูงสุดและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล นั้นจะทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ลดระยะเวลาการรอคอย ลดความแออัด รวมถึงช่วยสนับสนุนการทำงานบุคลากรทางการแพทย์

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาโรงพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS เป็นแนวทางในการพัฒนา
2. พัฒนาการบริหารจัดการ hardware software และศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน Smart Hospital ภายใต้ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

แผนดำเนินการ

พัฒนาระบบบริการสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) Smart Place 2) Smart Tools 3) Smart Services และ 4) Smart Outcome

62

ค่าเป้าหมาย : K14 ความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายปี 2567	ผลดำเนินงาน (baseline)		ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมิน การพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS	52.00 (26 คะแนน)	62.00 (31 คะแนน)	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมินปี

ปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	30	40	50	60	70

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	50	55	60	65	70

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	55	60	65	70	75

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	60	65	70	75	80

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: (U1401X100)/คะแนนเต็มของ U1401

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บโดยใช้แบบประเมิน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันฯ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวเบญจมาภรณ์ จันทร์ปาน ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G14 Smart Hospital

ตัวชี้วัด (U) : โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ปัจจุบันโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากและเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการรอรับบริการนานขึ้น และเกิดปัญหาความแออัดตามมา ดังนั้น โรงพยาบาลได้เริ่มนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาในงานด้านต่าง ๆ โดยใช้นโยบาย Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการทำงานของระบบสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเพิ่มความสะดวกในระบบบริการ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย และการบริหารจัดการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะและ Internet of Things (IoT) ในโรงพยาบาล หรือการนำดิจิทัลเทคโนโลยีเข้ามายกระดับการทำงาน ตั้งแต่การรักษาที่ตรงจุดด้วยเทคโนโลยี และเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย รวมถึงขั้นตอนการทำงานภายในและบริการการรักษาที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดประสบการณ์ที่ดีมีความพึงพอใจสูงสุดและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล นั้นจะทำให้ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัด รวมถึงช่วยสนับสนุนการทำงานบุคลากรทางการแพทย์

แผนดำเนินการ

พัฒนาระบบบริการสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) Smart Place 2) Smart Tools 3) Smart Services และ 4) Smart Outcome ดังนี้

1) Smart Place

- 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean
- 1.2 โรงพยาบาลจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools

- 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และ หน้าห้องตรวจ
- 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์
- 2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
- 2.4 Devices: มีตู้ KIOS สำหรับส่งตรวจด้วยตนเอง
- 2.5 ระบบ Data Security
- 2.6 ระบบ Data Backup
- 2.7 ระบบบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ
- 2.8 ระบบการติดตามการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (GPS Tracking)

3) Smart Services

- 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จาก ผู้รับบริการ
- 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)
- 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยใน OPD PEPPERLSS
- 3.4 ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยใน IPD PEPPERLSS
- 3.5 ระบบบริหารจัดการเตียง IPD
- 3.6 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD
- 3.7 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

3.8 ระบบนัดหมาย Online

3.9 บริการ การแพทย์ทางไกล Telehealth

- 3.10 บริการ Free Wifi แก่ผู้มารับบริการ
- 3.11 การยืนยันตัวตนด้วย Digital ID
- 3.12 การนำระบบ AI และ IoT มาประยุกต์ช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย

4) Smart Outcome โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ

- 4.1 โปรแกรมบริหารจัดการโรงพยาบาล HOSOFFICE
- 4.2 ระบบบริหารลูกค้า RCM
- 4.3 ระบบบริหารจัดการข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

คำเป้าหมาย : U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และคำเป้าหมาย ปี 2566	ผลดำเนินงาน (baseline)		คำเป้าหมาย (รายปี)				
		2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS	26 คะแนน ร้อยละ 52	62.00	60	65	70	75	80

รายละเอียดการประเมินปี 2566

ตัวชี้วัดย่อย (U)	คำเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	20	30	40	50	60

ปี 2567

ตัวชี้วัดย่อย (U)	คำเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	45	50	55	60	65

ปี 2568

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	50	55	60	65	70

ปี 2569

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	55	60	65	70	75

ปี 2570

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ค่าเป้าหมาย (รายปี)				
	1	2	3	4	5
U1401 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	65	70	75	80	85

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: (U1401X100)/คะแนนเต็มของ U1401

คำอธิบาย :

ดำเนินการประเมินตามแบบประเมินต่อไปนี้

กิจกรรม	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน/ เริ่มดำเนินการ 1	ทำแล้ว/ เสร็จสมบูรณ์ 2	อธิบายรายละเอียด เพิ่มเติม
1) Smart Place				
1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean				
1.2 โรงพยาบาลจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ				
2) Smart Tools				
2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และ หน้าห้องตรวจ				
2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์				
2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ				

กิจกรรม	ไม่ได้ทำ 0	บางส่วน/ เริ่มดำเนินการ 1	ทำแล้ว/ เสร็จสมบูรณ์ 2	อธิบายรายละเอียด เพิ่มเติม
2.4 Devices: มีตู้ KIOS สำหรับส่งตรวจด้วยตนเอง				
2.5 ระบบ Data Security				
2.6 ระบบ Data Backup				
2.7 ระบบบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วย บริการ				
2.8 ระบบการติดตามการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (GPS Tracking)				
3) Smart Services				
3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและ เอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จาก ผู้รับบริการ				
3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วย รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)				
3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยใน OPD PEPERLRSS				
3.4 ระบบบริหารจัดการผู้ป่วยใน IPD PEPERLRSS				
3.5 ระบบบริหารจัดการเตียง IPD				
3.6 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD				
3.7 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา หรือมีการ จัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลา หรือ แตกต่าง เล็กน้อยอย่างเหมาะสม				
3.8 ระบบนัดหมาย Online				
3.9 บริการ การแพทย์ทางไกล Telehealth				
3.10 บริการ Free Wifi แก่ผู้มารับบริการ				
3.11 การยืนยันตัวตนด้วย Digital ID				
3.12 การนำระบบ AI และ IoT มาประยุกต์ช่วยในการ ดูแลรักษาผู้ป่วย				
4) Smart outcome				
4.1 โปรแกรมบริหารจัดการโรงพยาบาล HOSOFFICE				
4.2 ระบบบริหารลูกค้า RCM				
4.3 ระบบบริหารจัดการข้อมูลส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วย ระหว่างหน่วยบริการ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บโดยใช้แบบประเมิน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันฯ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวนภสร ทุมเพ็ญ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
นายณรงค์ฤทธิ์ นุ่นทอง ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์

ภาคผนวก

เป้าหมายการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566-2570

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 14 เป้าประสงค์ 60 ตัวชี้วัด

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (เป้าหมาย)	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U) และ ค่าเป้าหมาย ปี 2570	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2566	ผลงาน		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ระดับความสำเร็จปี 2566 (คะแนน)					ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม	แนวทางพัฒนา (กลยุทธ์)
							2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570	1	2	3	4	5			
							โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่ให้บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ภายในปี 2570	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	G1 : ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม	K1 ความสำเร็จในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม ร้อยละ 80	1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	SP เป้าหมายปี 2565 ≥ร้อยละ40	37.67	36.70	35	45	50			
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	SP เป้าหมายปี 2565 ≥ร้อยละ60	67.31	61.95	65	65	70	73	75	55	60	65	65	70	คุณสิรินาถ							
3. อัตราการเกิดการกำเริบเทียบปล้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป) ไม่นเกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	SP เป้าหมาย ≤ 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	126	169.16	120	140	130	120	110	180	170	160	140	130	คุณสิรินาถ							
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่นเกินร้อยละ 4	PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 8	3.84	6.06	10	6	5	4	4	16	13	10	6	4	คุณสิรินาถ							
5. อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:I60-69) ไม่นเกินร้อยละ 3	PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 7	3.61	1.31	7	3	3	3	3	9	8	7	3	3	คุณสิรินาถ							
6. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่นเกินร้อยละ 10	PA/SP เป้าหมาย < ร้อยละ 24	21.18	11.76	24	11	10	10	10	18	16	12	11	10	กลุ่มการพยาบาล							
8. สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่นเกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04คนต่อ	HDC สสจ.สฎ	NA	69	60	70	75	80	80	50	55	60	70	80	คุณจิราภรณ์ /คุณสิรินาถ							
7. ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	THIP-CM0101	191.57	17	0	0	0	0	0	21	19	17	0	0	คุณกนกพร							
9. อัตราการตายปริกำเนิด ไม่นเกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด	THIP-CM0202 นโยบายรัฐมนตรี	8.14	4.58	8	4	4	4	4	10	9	8	4	5	คุณกนกพร							
10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่นเกิน 8 ต่อประชากรแสนคน*	PA/SP เป้าหมาย ≤ 8ต่อประชากรแสนคน	13.01	13.00	12	11	10	9	8	14	13	12	11	9	คุณอาทิตย์ดยา							
11. ร้อยละความสำเร็จการรักษาวันโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90*	THIP-DR0203/ สำนักวันโรค เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85	81.40	82.71	86	87	88	89	90	84	85	86	87	88	คุณอาทิตย์ดยา							

เป้าหมายการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566-2570

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 14 เป้าประสงค์ 60 ตัวชี้วัด

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (เป้าหมาย)	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U) และ ค่าเป้าหมาย ปี 2570	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2566	ผลงาน		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ระดับความสำเร็จปี 2566 (คะแนน)					ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม	แนวทางพัฒนา (กลยุทธ์)
							2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570	1	2	3	4	5			
					12. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 99	เกณฑ์มาตรฐาน รพ.สส.พท เป้าหมายปี 66 = ร้อยละ 95	95	95.42	95	96	97	98	99	93	94	95	96	97	คุณศุภชัย	ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด เป็นต้น	
					13. ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	เกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด	59	62.33	60	65	70	75	80	50	55	60	65	70	คุณเบญจมาภรณ์		
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ	K4 ร้อยละของความพึงพอใจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน >85%	1. ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	รพ. (กำหนดเอง)	87.65	90.52	82	90	90	90	90	80	81	82	90	91	คุณอัญชลีพร	พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ		
				2. ผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	รพ. (กำหนดเอง)	86.83	87.87	82	90	90	90	90	80	81	82	90	91	คุณศิรินาถ			
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง	K5 ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 98	HDC สสจ.สฎ	88.46	77.1	90	90	93	96	98	86	88	90	90	93	คุณศิรินาถ	พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรควันโรค โรคไข้เลือดออก โรคพื้นฟู การดูแลมารดา ทารก และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นต้น		
				2. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร	HDC สสจ.สฎ	350	370.3	330	340	300	270	250	370	350	330	340	300	คุณศิรินาถ			
				3. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร	HDC สสจ.สฎ	731	743.3	690	700	640	580	530	770	730	690	700	640	คุณศิรินาถ			
				4. กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90	HDC สสจ.สฎ	45	82.71	60	80	84	88	90	45	50	60	80	84	คุณอาทิตย์ดา			
				5. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)	ตัวชี้วัด สสจ.สฎ	NA	NA	500	250	200	100	50	600	550	500	250	200	คุณมนชนก			
				6. เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	HDC สสจ.สฎ	43.43	54.41	50	55	60	65	75	40	45	50	55	60	คุณหอมพรพรรณ			
				7. เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 72	HDC สสจ.สฎ	66.32	69.86	66	70	70	71	72	64	65	66	70	75	คุณกนกพร			
				8. ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	HDC สสจ.สฎ	NA	21.14	25	35	45	55	60	15	20	25	35	45	คุณกนกพร			
				9. ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	HDC สสจ.สฎ	52.90	59.53	80	80	85	88	90	70	75	80	85	90	คุณวิจิรา			

เป้าหมายการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566-2570

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 14 เป้าประสงค์ 60 ตัวชี้วัด

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (เป้าหมาย)	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U) และ ค่าเป้าหมาย ปี 2570	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2566	ผลงาน		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ระดับความสำเร็จปี 2566 (คะแนน)					ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม	แนวทางพัฒนา (กลยุทธ์)	
							2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570	1	2	3	4	5				
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	G6 : การบริหารแผนงานติดตามและประเมินผล การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ	K6 ความสำเร็จในการบริหารแผนงานติดตามและประเมินผล	1. ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	รพ. (กำหนดเอง)	21.05	41.05	60	65	70	75	80	50	55	60	65	70	คุณพัชรินทร์	คุณอารยา	พัฒนาระบบการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ		
				2. ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	รพ. (กำหนดเอง)	25.00	41.05	60	65	70	75	80	50	55	60	65	70	คุณพัชรินทร์				
	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	G7 : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ	K7 ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	1. ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล = 0	กองเศรษฐกิจสุขภาพ กระทรวง	1	1	0	0	0	0	0	4	3	2	1	0	บริหารทั่วไป	คุณพรพนา	พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ		
				2. Total Performance Scoring = 13	กองเศรษฐกิจสุขภาพ กระทรวง	8.5	11.5	10.5	11.5	12	12.5	13	8.5	9.5	10.5	11.5	12.0	บริหารทั่วไป				
	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ	K8 ความสำเร็จในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3	HDC สสจ.สตู เป้าหมายปี 66 ร้อยละ 2	NA	2.67	2	2.5	2.70	2.90	3.00	1.50	1.75	2.00	2.50	2.70	แผนไทยฯ	คุณกฤษณา	พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
					2. อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	HDC สสจ.สตู เป้าหมายปี 66 ร้อยละ 12	14.3	16.91	12	16	17	18	20	10	11	12	16	17	แผนไทยฯ			
	2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ	K9 ความสำเร็จในการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	1. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0	รพ. (กำหนดเอง)	0	0	0	0	0	0	0	3	4	1	0	0	คุณสิทธิพร	คุณจิราภรณ์	พัฒนาการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยการจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อดำเนินการจัดหาเครื่องมือแพทย์ สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือแก่เจ้าหน้าที่ Calibrate เครื่องมือสำคัญ และบำรุงรักษาตามกำหนด	
					2. อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100	รพ. (กำหนดเอง)	NA	100	100	100	100	100	100	100	100	70	80	90	100			100
3. อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85					รพ. (กำหนดเอง)	NA	85	80	85	85	85	85	70	75	80	85	90	บริหารทั่วไป				
4. ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90					รพ. (กำหนดเอง)	NA	100	80	90	90	90	90	75	78	80	90	81.0	บริหารทั่วไป				

เป้าหมายการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566-2570

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 14 เป้าประสงค์ 60 ตัวชี้วัด

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (เป้าหมาย)	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U) และ ค่าเป้าหมาย ปี 2570	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2566	ผลงาน		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ระดับความสำเร็จปี 2566 (คะแนน)					ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม	แนวทางพัฒนา (กลยุทธ์)
							2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570	1	2	3	4	5			
3. พัฒนาบุคลากร เครื่องมือช่วย และ ภาควิชาสุขภาพ	3. การพัฒนาบุคลากร เครื่องมือช่วย และ ภาควิชาสุขภาพ	G10 : เครื่องมือช่วยและ ภาควิชาสุขภาพ เข้มแข็ง	K10 ความสำเร็จในการพัฒนาเครื่องมือช่วยและ ภาควิชาสุขภาพ เข้มแข็ง ร้อยละ 80	1. ทีม SRRT อำนวยความสะดวกผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	เกณฑ์มาตรฐาน SRRT	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	ชำรง	ชำรง	ชำรง	ไม่ผ่าน	พื้นฐาน	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	คุณ กิ่งแก้ว	พัฒนาภาควิชาเครื่องมือช่วย บริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะทีม SRRT งาน RDU Community งานทันตสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉิน กองทุน LTC ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียน และ รพ.สต.ติดดาว เป็นต้น
				2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4	HDC สสจ.สต.	55	ระดับ 3	3	4	4	4	4	1	2	3	4	5	คุณอุมาพร			
				3. ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพ ระดับ 5	ทันตกรรม (กำหนดเอง)	NA	3	3	3	4	5	5	0	1	2	3	4	คุณหอมพรพรรณ			
				4. เครื่องมือช่วยการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง	รพ. (กำหนดเอง)	1	0	2	3	4	6	7	0	1	2	3	4	คุณปิยพัช			
				5. การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 กย. ร้อยละ 1005. การ	รพ. (กำหนดเอง)	2	9 แห่ง	8 แห่ง	10 แห่ง	12 แห่ง	13	14	6	7	8	10	12	คุณวชิรา			
				6. ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)	รพ. (กำหนดเอง)	2	5	40	60	80	90	100	20	30	40	60	80	คุณ อาทิตยา			
				7. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ ครบ 18 แห่ง	สสจ.	0	0	40	60	80	90	100	30	40	50	60	70	คุณกิ่งแก้ว			
3. พัฒนาบุคลากร เครื่องมือช่วย และ ภาควิชาสุขภาพ	3. การพัฒนาบุคลากร เครื่องมือช่วย และ ภาควิชาสุขภาพ	G11 : องค์การแห่งการเรียนรู้	K11 ความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ร้อยละ 80	1. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี	รพ. (กำหนดเอง)	NA	25	20	25	28	32	36	13	17	20	25	28	คุณ ศิริขวัญ	คุณศุภชัย	พัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดทำงานวิจัย นวัตกรรม CQI และ Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ตลอดจนจัดกิจกรรมวิชาการเพื่อเป็นพื้นที่ในการเรียนรู้	
				2. จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง	รพ. (กำหนดเอง)	0	7 ครั้ง	3	12	12	12	12	6	8	10	12	14	คุณศุภชัย			
3. พัฒนาบุคลากร เครื่องมือช่วย และ ภาควิชาสุขภาพ	3. การพัฒนาบุคลากร เครื่องมือช่วย และ ภาควิชาสุขภาพ	G12 : บุคลากร มีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน	K12 ความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากร ให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 80	1. ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	รพ. (กำหนดเอง)	NA	0	70	75	80	85	90	60	65	70	75	80	บริหารทั่วไป	คุณรัชติกาญจน์	พัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากร แต่ละสายงาน และ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสม	
				2. ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70	แบบ Happinometer กระทรวงสาธารณสุข	61.72	69.1	60	70	70	70	70	40	50	60	70	80	คุณศุภชัย			

เป้าหมายการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2566-2570

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 14 เป้าประสงค์ 60 ตัวชี้วัด

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (เป้าหมาย)	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U) และ ค่าเป้าหมาย ปี 2570	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี 2566	ผลงาน		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)							ระดับความสำเร็จปี 2566 (คะแนน)					ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม	แนวทางพัฒนา (กลยุทธ์)
							2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570	1	2	3	4	5					
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและ บริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและ บริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและ บริการ	G13 : การจัดการอาชีวนามัย และ สิ่งแวดล้อมที่ดี	K13 ความสำเร็จในการจัดการอาชีวนามัย และ สิ่งแวดล้อมที่ดี ร้อยละ 100	1. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวนามัยและ สิ่งแวดล้อม ระดับ ดีเด่น	เกณฑ์มาตรฐานบริการงานอาชีวนามัยและ สิ่งแวดล้อม	ดีมาก	ดี	ดี	ดี	ดี	ดี	ดี	ดี	ดี	เริ่มพัฒนา	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (81)	ดีเด่น (82)	คุณเสาวภา	คุณ ศุภิษา คุรุรักษ์	พัฒนาการจัดการอาชีวนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวนามัยและ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge เป็นแนวทางในการพัฒนา
					2. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge	เกณฑ์ Green and Clean Hospital	ดีมาก	Challenge	Excellent	Challenge	Challenge	Challenge	Challenge	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Excellent	Challenge	คุณสุมาลี				
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและ บริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและ บริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและ บริการ	G14 : Smart Hospital	K14 ความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ร้อยละ 70	1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)	เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS กระทรวงสาธารณสุข	31.25	62	60	70	80	85	90	30	40	50	60	70	คุณนภัสสร	คุณเบญจมาภรณ์	พัฒนาโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS เป็นแนวทางในการพัฒนา		

แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปี 2567
ปีงบประมาณ 2566 (1 ต.ค. 66 - 30 ก.ย. 67)

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์		เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์		ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)			ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)					ผู้รับผิดชอบ	ระดับความสำเร็จปี 2567 (คะแนน)					ผลงานย้อนหลัง 2 ปี		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ผู้กำกับติดตาม	สรุปผลดำเนินงาน		
		ประเด็นยุทธศาสตร์	ผลงานร้อยละ	เป้าประสงค์	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)						เดือน ต.ค. 2566 - ก.ย. 2567					2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570				
									ผลงาน	ระดับ/ร้อยละ	ผลงานคะแนน	ผลงาน	ระดับ/ร้อยละ		ผลงานคะแนน	ผลงาน	ระดับ/ร้อยละ	ผลงานคะแนน	ผลงาน										ระดับ/ร้อยละ	ผลงานคะแนน
โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็ก ที่ผู้รับ บริการ พึงพอใจ ผู้ให้ บริการมี ความสุข ภายในปี 2570	1. พัฒนา ระบบ บริการ สุขภาพ	1. การ พัฒนา ระบบ บริการ สุขภาพ	G1 : ประชาชน ได้รับการ ดูแลปัญหา สุขภาพ อย่าง เหมาะสม	0.00	K1 ความสำเร็จ ในการดูแลปัญหา สุขภาพของ ประชาชนอย่าง เหมาะสม ร้อย ละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55				คุณภัทรพร	25	30	35	45	50	37.67	36.70	35	45	50	53	55	คุณหมอ อุไรวรรณ	ไม่ผ่าน				
								2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75				คุณภัทรพร	55	60	65	65	70	67.31	61.95	65	65	70	73	75						
								3. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วย อายุ 40 ปีขึ้นไป) ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				คุณภัทรพร	180	170	160	140	130	126	169.16	120	140	130	120	110						
								4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกิน ร้อยละ 4				คุณปิยัทย์	16	13	10	6	4	3.84	6.06	10	6	5	4	4						
								5. อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:I60-69) ไม่เกิน ร้อยละ 3				คุณสิรินาถ	9	8	7	3	3	3.61	1.31	7	3	3	3	3						
								6. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ไม่เกินร้อยละ 10				คุณวิไลพร	18	16	12	11	10	21.18	11.76	24	11	10	10	10						
								7. ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				คุณจิราภรณ์	50	55	60	70	80	NA	69	60	70	75	80	80						
								8. สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด ไม่เกิน 17 ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ (ไม่เกิน 2.04คนต่อปี)				คุณกนกพร	21	19	17	0	0	191.57	0	17	0	0	0	0						
								9. อัตราการตายปริกำเนิด ไม่เกิน 4 ต่อ พันทารกคลอด				คุณกนกพร	10	9	8	4	5	8.14	4.58	8	4	4	4	4						
								10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน*				คุณฮาชนะท์	14	13	12	11	9	13.01	13.00	12	11	10	9	8						
								11. ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90*				คุณอาทิตย์ยา	84	85	86	87	88	81.40	82.71	86	87	88	89	90						
1. พัฒนา ระบบ บริการ สุขภาพ	1. การ พัฒนา ระบบ บริการ สุขภาพ	G2 : โรงพยาบาล ทั่วไปขนาด เล็ก	0.00	K2 ความสำเร็จ ในการพัฒนา ศักยภาพบริการ สู่การเป็น โรงพยาบาล ทั่วไปขนาด เล็ก ตามเกณฑ์ไม่ต่ำ กว่า 85 คะแนน	ร้อยละ 80	0.00	1. ผลการประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การยกระดับเป็น ทั่วไปขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่า 90 คะแนน				องค์กรแพทย์	64	69	74	80	85	68	74	74	80	85	90	90	คุณหมอ ชญาณิศ	ไม่ผ่าน					
2. พัฒนา คุณภาพ ด้าน บริหาร และบริหาร	2. การ พัฒนา คุณภาพ ด้าน บริหาร และบริหาร	G3 : การ จัดบริการ สุขภาพ และการ บริหาร จัดการได้ มาตรฐาน	0.00	K3 ความสำเร็จ ในการพัฒนาการ จัดบริการสุขภาพ และการบริหาร จัดการได้ มาตรฐาน ร้อย ละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ผลการประเมินตนเอง HA scoring เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 3.8				คุณศิริขวัญ	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.5	3.46	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	คุณหมอ พรพรรณ	ไม่ผ่าน					
							2. ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สสจ.) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95				บริหารทั่วไป	80	83	85	95	95	NA	93	85	95	95	95								
							3. ผลการประเมินคุณภาพด้านมาตรฐานการพยาบาล (QA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86				คุณ ดวงจันทร์	65	70	75	87	88	NA	86.66	75	87	88	89	90							
							4. ผลการประเมินมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90				คุณยุวดี	75	80	82	84	86	81.25	82.00	82	84	86	88	90							
							5. ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า 3.5				คุณวิรดา	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3	3.07	3.07	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5							
							6. ผลการประเมินระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ 99				คุณพัชรินทร์	90	94	95	96	97	95	95	95	96	97	98	99							

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์		เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์		ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)		ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)					ผู้รับผิดชอบ	ระดับความสำเร็จปี 2567 (คะแนน)					ผลงานย้อนหลัง 2 ปี		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ผู้กำกับติดตาม	สรุปผลดำเนินงาน
		ประเด็นยุทธศาสตร์	ผลงานร้อยละ	เป้าประสงค์	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)			1		2	3	4	5	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570			
									ผลงาน	ระดับ/ร้อยละ	ผลงานคะแนน																
																									เดือน ต.ค. 2566 - ก.ย. 2567		
								7. ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95				คุณภัทรพร	75	80	85	87.5	90	NA	รอผล	85	87.5	90	92.5	95			
								8. ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (52 คะแนน) (ปรับเกณฑ์ใหม่ 3 ม.ค. 67)				คุณอำภา	28 คะแนน	32 คะแนน	36 คะแนน	40 คะแนน	44 คะแนน	ผ่านเกณฑ์	37.36	ผ่าน (36)	ดี (40)	ดีมาก (44)	ดีมาก (48)	ดีเด่น (52)			
								9. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 95				คุณกนกพร	89	90	31	95	95	90	93.42	95	95	95	95	95			
								10. โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90				บริหารทั่วไป	60	65	70	75	80	56.75	รอผล	70	75	80	85	90			
								11. โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน HAIT ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 74 คะแนน)				คุณดุริยางค์	30	40	50	60	70	5.4	30	50	60	70	80	90			
								12. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พ.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ				คุณสุริษา	93	94	95	96	97	95	95.42	95	96	97	98	99			
								13. ผลการประเมินมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80				คุณเบญจมา	50	55	60	65	70	59	62.33	60	65	70	75	80			
	2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร		G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ	0	K4 ร้อยละของความพึงพอใจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน >85%	มากกว่าร้อยละ 85	0	1. ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90			คุณอัญชลีพร	80	81	82	90	91	87.65	90.52	82	90	90	90	90	คุณวิรดา	ผ่าน	
								2. ผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90					80	81	82	90	91	86.83	87.87	82	90	90	90	90			
	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งประสิทธิภาพ	0.00	K5 ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งประสิทธิภาพร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ			คุณภัทรพร	86	88	90	90	93	88.46	77.10	90	90	93	96	98	คุณดวงจันทร์	ไม่ผ่าน	
								2. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ไม่เกิน 250 ต่อแสนประชากร				คุณภัทรพร	370	350	330	340	300	350	370.3	330	340	300	270	250			
								3. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ไม่เกิน 530 ต่อแสนประชากร				คุณภัทรพร	770	730	690	700	640	731	743.3	690	700	640	580	530			
								4. กลุ่มเสี่ยงวันโรคได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90				คุณอาทิตย์ตยา	45	50	60	80	84	45	82.71	60	80	84	88	90			
								5. อัตราผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกไม่เกิน 50ต่อแสนประชากร (สรุปผลเป็นปี พ.ศ.)				คุณমনชนก	600	550	500	250	200	NA	NA	500	250	200	100	50			
								6. เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75				คุณหอม	40	45	50	55	60	43.43	54.41	50	55	60	65	75			
								7. เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 72				พรพรรณ	64	65	66	70	70	66.32	69.86	66	70	70	71	72			
								8. ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60				คุณกนกพร	15	20	25	35	45	NA	24.14	25	35	45	55	60			
								9. ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90				คุณวชิรา	70	75	80	85	90	52.9	59.53	80	80	85	88	90			
	2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร		G6 : การบริหารแผนงานติดตามและประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ	0.00	K6 ความสำเร็จในการบริหารแผนงานติดตามและประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80			คุณพัชรินทร์ (งานยุทธฯ)	50	55	60	65	70	21.05	41.05	60	65	70	75	80	คุณอารยา	ไม่ผ่าน	
								2. ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80				คุณพัชรินทร์ (งานยุทธฯ)	50	55	60	65	70	25.00	28.20	60	65	70	75	80			
	2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร		G7 : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ	0.00	K7 ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ดัชนีวิกฤติการเงินของโรงพยาบาล = 0				3	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	คุณพรพนา	ไม่ผ่าน	
								2. Total Performance Scoring = 13				บริหารทั่วไป	8.5	9.5	10.5	11.5	12	8.5	9.5	10.5	11.5	12	12.5	13			

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์		เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์		ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)			ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)				ผู้รับผิดชอบ	ระดับความสำเร็จปี 2567 (คะแนน)					ผลงานย้อนหลัง 2 ปี		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ผู้กำกับติดตาม	สรุปผลดำเนินงาน
		ประเด็นยุทธศาสตร์	ผลงานร้อยละ	เป้าประสงค์	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)			1		2	3	4	5	2565	2566	2566	2567	2568	2569	2570			
									ผลงาน	ระดับ/ร้อยละ	ผลงานคะแนน																
																									ผลงาน		
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ	0	K8 ความสำเร็จในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 3				คุณสุริษา	1.5	1.75	2	2.5	2.7	NA	2.67	2	2.5	2.7	2.9	3	คุณสุริษา	ผ่าน	
								2. อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20				คุณสุริษา	10	11	12	16	17	14.3	16.91	12	16	17	18	20			
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริหาร		G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ	0.00	K9 ความสำเร็จในการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ เท่ากับ 0				คุณสิทธิพร	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	คุณจิราภรณ์	ไม่ผ่าน	
								2. อัตราเครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการ Calibrate ร้อยละ 100				คุณสิทธิพร	70	80	90	100	100	NA	100	100	100	100	100	100			
								3. อัตราเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ				บริหารทั่วไป	70	75	80	85	85	NA	85	80	85	85	85	85			
								4. ร้อยละของเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญได้รับการบำรุงรักษาตามกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90				บริหารทั่วไป	75	78	80	90	91	NA	100	80	90	90	90	90			
3. พัฒนาบุคลากรเครือข่ายและภาคีสุขภาพ	3. การพัฒนาบุคลากรเครือข่ายและภาคีสุขภาพ		G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง	0.00	K10 ความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ทีม SRRT อำเภอกาญจนดิษฐ์ ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก				คุณมนชนก	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	อ้าง	อ้าง	อ้าง	คุณกิ่งแก้ว	ไม่ผ่าน	
								2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน RDU Community ระดับ 4				คุณอุมาพร	1	2	3	4	4	55	ระดับ 3	3	4	4	4	4			
								3. ความสำเร็จในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายงานทันตสุขภาพระดับ 5				คุณหอมพรพรรณ	0	1	2	3	4	NA	3	3	3	4	5	5			
								4. เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน 7 แห่ง				คุณปิยหทัย	0	1	2	3	4	1	0	2	3	4	6	7			
								5. การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ 30 กย. ครบ 14 แห่ง				คุณวชิรา	6แห่ง	7แห่ง	8แห่ง	10แห่ง	12แห่ง	2	9แห่ง	8แห่ง	10แห่ง	12แห่ง	13แห่ง	14แห่ง			
								6. ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 10 โรงเรียน)				คุณชนวรรณ	20	30	40	60	80	2	5	40	60	80	90	100			
								7. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ ครบ 18 แห่ง				คุณกิ่งแก้ว	1แห่ง	2แห่ง	3แห่ง	6แห่ง	14แห่ง	0	0	3แห่ง	3แห่ง	6แห่ง	14แห่ง	18แห่ง			
3. พัฒนาบุคลากรเครือข่ายและภาคีสุขภาพ	3.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		G11 : องค์กรแห่งการเรียนรู้	0.00	K11 ความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. จำนวนของงานวิจัย (R2R) นวัตกรรม CQI Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 36 เรื่อง/ปี				คุณศิริขวัญ	16	18	20	22	28	NA	25	20	25	28	32	36	คุณสุริษา	ไม่ผ่าน	
								2. จำนวนครั้งของกิจกรรมวิชาการหรือประชุมวิชาการ ไม่น้อยกว่า 12 ครั้ง				คุณดุริยางค์	1	2	3	12	12	0	7ครั้ง	3	12	12	12	12			
3. พัฒนาบุคลากรเครือข่ายและภาคีสุขภาพ	3.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ		G12: บุคลากรมีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน	0.00	K12 ความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90				บริหารทั่วไป	60	65	70	75	80	NA	0	70	75	80	85	90	คุณรัชติกาญจน์	ไม่ผ่าน	
								2. ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ 70				คุณดุริยางค์	40	50	60	70	70	61.72	69.10	60	70	70	70	70			

วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์		เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์		ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (K)			ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)					ผู้รับผิดชอบ	ระดับความสำเร็จปี 2567 (คะแนน)					ผลงานย้อนหลัง 2 ปี		ค่าเป้าหมาย รายปี (ร้อยละ)					ผู้กำกับติดตาม	สรุปผลดำเนินงาน			
		ประเด็นยุทธศาสตร์	ผลงานร้อยละ	เป้าประสงค์	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย	ผลงานร้อยละ	ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)						ผลงาน	ระดับ/ร้อยละ	ผลงานคะแนน	1	2	3	4	5	2565	2566	2566	2567			2568	2569	2570
									ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)																						
									ตัวชี้วัดกระบวนการ (U)																						
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	2.การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ		G13 : การจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี	0.00	K13 ความสำเร็จในการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี ร้อยละ 100	ร้อยละ 80	0.00	1. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ระดับดีเด่น								คุณเสาวภา	เริ่มพัฒนา	ดี (70)	ดีมาก (80)	ดีเด่น (82)	ดีเด่น (83)	ดีมาก 80	ดีเด่น 88.3	ดีเด่น 81	ดีเด่น 82	ดีเด่น 83	ดีเด่น 84	ดีเด่น 85	คุณดุริยางค์	ผ่าน	
								2. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge								คุณสุมาลี	ไม่ผ่าน	Excel len	Chall enge	Chall enge	ดีมาก 31.25	Challen ge	Excell en	Chall enge	Challe nge	Challe nge	Challe nge				
2. พัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ	2. การพัฒนาคุณภาพด้านบริหารและบริการ		G14 : Smart Hospital	0.00	K14 ความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	0.00	1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS ด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)								คุณนภัสสร	40	50	60	70	80	31.25	62.00	60	70	80	85	90	คุณเบญจมาภรณ์	ไม่ผ่าน	

ภาคผนวก
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis)
โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
25 สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร

จุดแข็ง (Strengths)

- S1. โรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางครบ 6 สาขา สาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาสุนัข สาขากุมารเวชกรรม สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สาขาทันตกรรมทำให้เกิดความรวดเร็ว ต่อเนื่อง ครอบคลุมในวินิจัย และไม่ต้อง Refer ไป รพ.สุราษฎร์ธานี
- S2. โรงพยาบาลมีทีมคร่อมสายงานที่เข้มแข็ง มีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน
- S3. โรงพยาบาลมีผู้บริหารให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับอย่างต่อเนื่อง
- S4. โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยได้ การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- S5. โรงพยาบาลมีเครื่องมือ/เทคโนโลยีทันสมัย (เครื่องทางการแพทย์ CT LAB โปรแกรมสนับสนุนการทำงาน แอปพลิเคชัน เครื่อง MIS อัลตราซาวด์ X-RAY เครื่องซ็อกเวฟ)
- S6. โรงพยาบาลมีศูนย์ทันตกรรม มีทันตแพทย์เฉพาะทางครบ 7 สาขา จำนวน 12 คน สามารถเปิดให้บริการครอบคลุมประชากรทั้งจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- S7. โรงพยาบาลมีบริการแพทย์ทางเลือก (แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน)
- S8. โรงพยาบาลมีอัตรากำลังและบุคลากรจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลขนาด M2 ด้วยกัน (559 คน ณ วันที่ 31 มี.ค. 2565)
- S9. โรงพยาบาลมีที่ดินเพียงพอต่อการขยายการบริการในอนาคต
- S10. โรงพยาบาลมีศูนย์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลได้รับรางวัลทางการวิจัยระดับประเทศ
- S11. โรงพยาบาลมีความสามารถในการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนมากกว่าโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน เช่น การผ่าตัดส่องกล้อง
- S12. โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรได้รับรางวัล Angel Award ระดับ Gold และรางวัล WHO ระดับ Platinum
- S13. โรงพยาบาลมีระบบการขนย้ายขยะติดเชื้อผ่านแอปพลิเคชันนำร่องของเขต 11 ทำให้ลดการตกค้างของขยะติดเชื้อในชุมชน
- S14. โรงพยาบาลพัฒนาระบบส่งยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัดและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล
- S15. โรงพยาบาลมีแพทย์แผนจีน 1 ท่าน ให้การรักษาฝังเข็ม
- S16. โรงพยาบาลมี MOU ระหว่าง รพ.กับ รพ.เอกชน ในการส่งผู้ป่วยไปทำ MRI โดยผ่านระบบ Claim ทุกสิทธิการรักษา (ผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงิน)

จุดอ่อน (Weaknesses)

- W1. โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่บางส่วนขาด service mind
- W2. โรงพยาบาลขาดการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ เช่น คน เงิน เครื่องมือ อุปกรณ์
- W3. โรงพยาบาลมีระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ไม่มี Datacenter ข้อมูลไม่สามารถตอบสนองผู้ใช้งานได้ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล
- W4. โรงพยาบาลยังไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมารองรับบริการการตรวจสุขภาพ
- W5. โรงพยาบาลมีเภสัชกรไม่เพียงพอต่อการให้บริการปฐมภูมิ
- W6. โรงพยาบาลมีระบบบริการหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ
- W7. โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ IT ไม่เพียงพอในการพัฒนาและปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีและดิจิทัล
- W8. โรงพยาบาลมีการสื่อสารภายในองค์กรสู่ระดับล่างยังไม่ทั่วถึง (ทุกเรื่อง)
- W9. โรงพยาบาลมีบุคลากรที่อยู่ใน GenY GenZ ซึ่งส่วนใหญ่ขาดความรู้และประสบการณ์
- W10. โรงพยาบาลมีหอผู้ป่วยเฉพาะสาขาไม่เพียงพอ ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- W11. โรงพยาบาลมีระบบการพัฒนาบุคลากรไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การกำหนดและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ระบบการจัดการ ข้อมูลของบุคลากร และความก้าวหน้าไม่ชัดเจน
- W12. โรงพยาบาลมีระบบการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ระบบการจัดซื้อ บำรุงรักษาและซ่อมบำรุงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์
- W13. โรงพยาบาลมีการจัดสรรและมอบหมายงานให้บุคลากรไม่เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ พยาบาลทำงานเกินหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ต้องตรวจแทนแพทย์นอกเวลา มีโอกาสเกิดความเสี่ยงทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- W14. โรงพยาบาลมีสถานะทางการเงินไม่แน่นอน อยู่ในสถานะวิกฤตการเงินระดับ 5 -6 ตั้งแต่ปี 2561 ลดลงระดับ 2 ในปี 2564 จากโควิด ซึ่งถ้าไม่มีการบริหารจัดการที่ดีก็จะเข้าสู่ภาวะเดิมอีกครั้ง
- W15. โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่จบเฉพาะทางไม่เพียงพอ ทำให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ได้แก่ สาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรมทั่วไป สาขาสุนัข สาขาสูตินรี สาขากุมารเวชกรรม และสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายนอกองค์กร

โอกาส (Opportunities)

- O1. ประชาชนในพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ให้ความร่วมมือช่วยเหลือโรงพยาบาลเป็นอย่างดี เช่น สร้างตึกหลวงตากลาย เป็นต้น
- O2. ในพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์มีโรงงานอุตสาหกรรมประมาณ 50 แห่ง (ข้อมูลปี 2560) ทำให้มีรายได้จากสิทธิประกันสังคมมากขึ้น
- O3. ในช่วงสถานการณ์โควิดระบาดทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินสนับสนุนจาก สปสช. ทำให้สถานการณ์การเงินที่ติดระดับ 7 เหลือระดับ 2
- O4. การคมนาคมสะดวก ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ซึ่งอยู่ติดถนนทางหลวงสายหลักหมายเลข 401 ห่างจากตัวเมือง 16 กม.
- O5. สภาพครอบครัวในอำเภอกาญจนดิษฐ์ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ส่งผลดีต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver)
- O6. ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดี ให้การยอมรับและเชื่อถือในเรื่องการใช้สมุนไพร ทำให้มีผู้รับบริการแพทย์แผนไทยจำนวนมาก
- O7. ความร่วมมือของผู้นำศาสนาเป็นศูนย์รวมใจ สร้างแรงจูงใจ เช่น ให้สถานที่จัดทำโรงพยาบาลสนาม เป็นสถานที่ฉีดวัคซีน เป็นแหล่ง community insolation เป็นต้น
- O8. ในสถานการณ์โควิด มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สร้างรายได้แก่โรงพยาบาลมากขึ้นจากรายได้ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้น
- O9. นักการเมืองท้องถิ่นและภาครัฐให้การสนับสนุนทางสาธารณสุข เช่น บริจาคห้อง Swab ห้อง Negative pressure การสร้างโรงพยาบาลสนามที่การเมืองท้องถิ่นสนับสนุนการสร้าง เป็นต้น
- O10. หน่วยงานราชการ ตำรวจ และภาครัฐร่วมสนับสนุนซ่อมแซมเผชิญเหตุอย่างต่อเนื่อง
- O11. การไฟฟ้าสนับสนุนเครื่องปั่นไฟเพื่อให้การบริการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- O12. อำเภอกาญจนดิษฐ์รับรางวัล อสม.ดีเด่นสาขาทันตกรรมระดับประเทศ
- O13. ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้โรงพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดูแลรักษา ผู้รับบริการและส่งต่อข้อมูลได้สะดวกขึ้น เช่น Telemedicine Stroke/STEMI Fast Track SMART COC เป็นต้น

อุปสรรค (Threats)

- T1. ประชากรแฝง เช่น แรงงานต่างด้าวที่ไม่ลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาได้ตามค่าใช้จ่ายจริง เนื่องจาก แรงงานต่างด้าวไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้
- T2. จากสถานการณ์โควิดส่งผลให้เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้มีเงินบริจาคตกลงและประชาชนให้ความสำคัญในการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ
- T3. ราคาน้ำมันในตลาดสูงขึ้นมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วย
- T4. อีก 5 ปีข้างหน้าอำเภอกาญจนดิษฐ์มีแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น (ข้อมูลจากฐานประชากรของอำเภอกาญจนดิษฐ์)
- T5. อำเภอกาญจนดิษฐ์มีประชากรชาวมุสลิมจำนวนมาก ซึ่งมีความเชื่อไม่คุมกำเนิด จึงส่งผลให้ประชากรเพิ่มขึ้นทำให้กระทบต่อการรับการรักษา เกิดการแพร่ระบาดของโรค ไข้เลือดออก โควิด-19 รวมทั้งการปฏิเสธการรับวัคซีน
- T6. ประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามไม่ทานยาในช่วงเดือนรอมฎอนทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น
- T7. อำเภอกาญจนดิษฐ์อยู่ติดชายฝั่งทำให้ประชากรป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงจากการรับประทานอาหารทะเล
- T8. สภาพสังคมในอำเภอเป็นชุมชนเมืองเพิ่มขึ้นและมีชุมชนแออัดทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 และโรคฉี่หนูที่ชุมชนท่าทองใหม่
- T9. กฎหมายปลดล็อกสิ่งเสพติด เช่น กัญชา กระท่อม ทำให้มีผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สารเสพติดมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก เช่น PU perforate Alteration Of Conscious Psychosis เป็นต้น
- T10. ผู้รับบริการและญาติให้ข้อมูลข่าวสารใน social media ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงและขาดการควบคุม ส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดเสียหายด้านความเชื่อมั่น (เสียชื่อเสียง)
- T11. โรงพยาบาลและชุมชนรอบๆ โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ลุ่ม ในช่วงฤดูฝนมีน้ำหลากทำให้เกิดภาวะอุทกภัย ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ เช่น Leptospirosis น้ำกัดเท้า AGE โดนสัตว์มีพิษกัด เป็นต้น
- T12. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่สนับสนุนการขนขยะไปทำลาย ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างเอกชนเข้ามาดำเนินการเป็นเงินจำนวนมากต่อปี

ผลการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการ	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
กลุ่มผู้ป่วย	<p>การให้บริการรวดเร็วทันใจ</p> <p>ได้รับการดูแลญาติมิตร</p> <p>ได้รับการที่คุณธรรม (ไม่มีเส้นสาย)</p> <p>มีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ</p>	<p>SA1. พัฒนาบริการให้มีคุณภาพ พุดจาไพเราะ สุภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย</p> <p>SA2. ปฏิบัติตามจรรยาบรรณ เคารพในสิทธิผู้ป่วย</p> <p>SA3. จัดทำระบบบัตรคิวและจัดลำดับให้ผู้บริการเข้าคิวทำบัตรตามลำดับ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมของผู้มารับบริการ ช่องทางด่วนในกลุ่มพิเศษ ได้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>SA4. พัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวทาง รพ.สต.ติดตาม มีกระบวนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผล อย่างต่อเนื่อง</p> <p>SA5. จัดทำกล่องรับความคิดเห็นผู้มารับบริการ</p>
	<p>การหายจากความเจ็บปวด</p> <p>ได้รับการส่งต่อและการดูแลหลังมารับบริการ</p>	<p>SA6. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน</p> <p>SA7. พัฒนาระบบการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้ระบบ thai refer และ green channel</p> <p>SA8. จัดทำแนวทางในการดูแลรักษาเบื้องต้น ก่อนการส่งต่อเพื่อลดอัตราการเกิดทุพพลภาพ และเสียชีวิต</p> <p>SA9. พัฒนาการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการส่งผู้กลับมารับบริการโดยใช้ระบบ smart coc และ thai refer</p>
	<p>อำนวยความสะดวก</p> <p>สถานที่สะอาด</p> <p>ที่จอดรถเพียงพอ</p>	<p>SA10. ให้คำแนะนำและดูแลอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการทุกวัน กรณีผู้รับบริการที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่/ญาติ กรอกข้อมูลที่ต้องการ</p> <p>SA11. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐาน green and clean</p>

ผู้รับบริการ	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
		SA12. สํารวจข้อมูลอัตราการใช้พื้นที่จอดรถเพื่อวางแผนพัฒนาหน่วยบริการ SA13. อํานวยความสะดวกในการจัดที่นั่งให้เพียงพอและเหมาะสมกับผู้รับบริการขณะรอรับบริการ
	มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ	SA14. จัดทำแผนบริหารเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ SA15. ติดตามการใช้งาน บํารุงรักษา สอบเทียบซ่อมบํารุง
	การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่	SA16. กำหนดขั้นตอนการบริการ และแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ
5 กลุ่มวัย	มีความปลอดภัยสูง	SA17. เตรียมแผนการช่วยเหลือและอุปกรณ์ช่วยเหลือให้ความพร้อมตลอดเวลา SA18. การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัย SA19. สนับสนุนการให้ความรู้/ที่ปรึกษา และเผยแพร่ความรู้อย่างถูกต้อง
	องค์ความรู้ถูกต้องตามหลักวิชาการ	SA20. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ตาม Service Plan SA21. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการฝึกทั้งด้านการศึกษา การพัฒนาวิชาการ การเรียนรู้ การอบรม/ลาศึกษาต่อ
	การพัฒนาสื่อการจัดทำ/การจัดการความรู้ให้ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง	SA22. ส่งเสริมการผลิต สื่อสาร เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ
ประชาชนทั่วไป	การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ช่องทางการติดต่อ การจัดส่งยา (ผู้ป่วย) ขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน	SA23. จัดทำช่องทางการติดต่อสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ให้ทราบ SA24. จัดทำแนวทาง อาหาร และโรคที่สามารถจัดบริการส่งยาถึงบ้านผู้ป่วย และการพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์ SA25. มีขั้นตอนการบริการ แนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้เสียภายนอกองค์กร

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
หน่วยรัฐ (ทั่วไป)	ความร่วมมือ/การมีส่วนร่วมในเวทีการประชุมต่างๆ ช่องทางการติดต่อประสานงาน ช่องทางด่วน ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา การได้รับการสนับสนุน อุปกรณ์ (ยา/เครื่องมือ) การเป็นวิทยากร ให้สุศึกษา	SA26. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง SA27. ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี SA28. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย SA29. กำหนดกลยุทธ์ กลวิธี ช่องทางการสื่อสารและเครื่องมือที่ใช้ SA30. สนับสนุนการให้ความรู้/ที่ปรึกษา และเผยแพร่ความรู้/ข้อมูลที่ถูกต้อง
โรงเรียน	สื่อการสอนสุศึกษา วิทยากร การตรวจสุขภาพ/ตรวจพัฒนาการ ที่ปรึกษา การสนับสนุนอุปกรณ์(ยา/เครื่องมือ) การให้บริการอนามัยโรงเรียน ความร่วมมือ	SA31. สร้างรูปแบบการให้บริการสุขภาพนักเรียนแต่ละช่วงชั้น SA32.อบรมครู ค ครูประจำชั้น/ครูอนามัย/ครูพยาบาล และมีแผนพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง SA33. ส่งเสริมโภชนาการและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตในนักเรียน SA34. สร้างเสริมสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและเยาวชน SA35. ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน SA36. ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน SA37. ส่งเสริมความปลอดภัยในโรงเรียน SA38. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสพบุหรี่สุรา SA40. จัดตั้งโครงการโรงเรียนปลอดโรค เยาวชนปลอดภัยต้นแบบ SA41. ให้บริการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
วัด/มัสยิด/โบสถ์	การตรวจสุขภาพ การตรวจความเค็มในอาหาร อบรมให้ความรู้/สร้างแกนนำ (พระอัสว) สิ่งแวดล้อมในวัด ยาพื้นฐานที่จำเป็น ช่องทางด่วน	SA42. จัดทำแผนตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมให้บริการตรวจสุขภาพในพระสงฆ์ SA43. จัดทำแผนการติดตามในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง และให้คำแนะนำ/คำปรึกษา SA44. จัดกิจกรรมตรวจความเค็มในปิ่นโต ด้วยเครื่องตรวจความเค็มในอาหาร SA45. อบรม Health leader ของพระสงฆ์ SA46. พัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด และจัดทำเกณฑ์ประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด เพื่อตรวจประเมินเพื่อมอบคำรับรองให้วัดที่ผ่านเกณฑ์ SA47. ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาพื้นฐานและสนับสนุนยาพื้นฐานที่จำเป็น
ร้านค้า/ร้านชำ	ไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ลงไปตรวจ การสื่อสารประสานงานก่อนลงตรวจ การให้ป้ายรับรอง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประกอบการ	SA48. จัดทำแผนการจัดการสิ่งสนับสนุน เช่นชุดทดสอบ ป้ายรับรองชุดกันเปื้อน SA49. จัดทำแผนงานโครงการงานคุ้มครองผู้บริโภค/อาหารปลอดภัย SA50. สนับสนุนการให้ความรู้/ที่ปรึกษา และเผยแพร่ความรู้/ข้อมูลที่ถูกต้อง จัดให้มีแผนให้ความรู้ด้านวิชาการ/อบรม/รณรงค์แก่กลุ่มเป้าหมาย
สถานประกอบการ	การตรวจสุขภาพ ประเมินสิ่งแวดล้อม ป้ายรับรอง ยาพื้นฐาน การให้คำแนะนำ อุปกรณ์ป้องกันโรค วัคซีนป้องกันโรค/ถุงยางอนามัย ออกหน่วยเคลื่อนที่	SA51. จัดทำแผนตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมให้บริการตรวจสุขภาพ แก่สถานประกอบการ SA52. จัดให้มีการประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถาน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
		<p>ประกอบการ</p> <p>SA53. จัดทำแผนการจัดการสิ่งสนับสนุน เช่น ป้ายรับรอง ยาพื้นฐานที่จำเป็น อุปกรณ์ป้องกันโรค</p> <p>SA54. สนับสนุนการให้ความรู้/ที่ปรึกษา และเผยแพร่ความรู้/ข้อมูลที่ถูกต้อง</p>
นักศึกษาฝึกงาน	ที่พัก ความปลอดภัย แหล่งฝึกที่ตรงกับหลักสูตร มีพี่เลี้ยงดูแล สื่ออุปกรณ์ อินเทอร์เน็ต คำแนะนำ/คำปรึกษาจากพี่เลี้ยง การประสานงานที่ดี ความร่วมมือจากชุมชน	<p>SA55. อำนวยความสะดวกโดยการจัดหาที่พัก/แนะนำให้แก่นักศึกษา</p> <p>SA56. มอบหมายพี่เลี้ยงของแหล่งฝึกให้ตรงกับหลักสูตร พร้อมสนับสนุนการให้ความรู้/คำปรึกษา</p> <p>SA57. จัดทำแผนการจัดการสิ่งสนับสนุน ประสานงานกับภาคีเครือข่าย</p>
ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น	ช่องทางด่วน การติดต่อประสานงาน การจองห้องพิเศษ	<p>SA58. พัฒนาระบบประสานงานจองเตียงที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>SA59. จัดทำระบบบัตรคิวและจัดลำดับให้ผู้บริการเข้าคิวทำบัตรตามลำดับ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมของผู้มารับบริการ ช่องทางด่วนในกลุ่มพิเศษ ได้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง</p>
คู่ค้าคู่สัญญา	จ่ายเงินที่รวดเร็ว ไม่เรียกเปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาสัญญาเหมาะสม	SA60. จัดทำขั้นตอนการดำเนินงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน
ท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)	ช่องทางด่วน การติดต่อประสานงาน การจองห้องพิเศษ	SA61. พัฒนาระบบประสานงานจองเตียงที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
สปสช.	ข้อมูลครบถ้วน ทันเวลารวดเร็ว	SA62. จัดการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับ การประเมินผล ให้มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน และถูกต้อง
ตำรวจ	การติดต่อประสานงาน การตรวจสุขภาพ ข้อมูลกฎหมาย/หลักฐานที่เกี่ยวข้อง	SA63. การจัดทำแผนตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมให้บริการตรวจ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
		<p>สุขภาพแก่ตำรวจ</p> <p>SA64. กำหนดแนวทางการสนับสนุน ข้อมูลกฎหมาย/หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการทางคดี</p>
ญาติ	<p>อุปกรณ์ที่เพียงพอ การประสานข้อมูลที่ชัดเจน อบรมฟื้นฟูทักษะ</p>	<p>SA65. จัดทำแผนการจัดหาสิ่งสนับสนุน เช่น อุปกรณ์ป้องกันโรคยาพื้นฐานที่จำเป็น</p> <p>SA66. สนับสนุนการให้ความรู้/ที่ปรึกษา และเผยแพร่ความรู้อย่างที่ถูกต้อง</p> <p>SA67. อบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ</p>
พชอ.	<p>ข้อมูลพื้นฐาน สถิติต่างๆ ความร่วมมือในการดำเนินงาน</p>	<p>SA68. วิเคราะห์ปัญหาที่จะนำไปสู่ในการจัดการ การวางแผนการดำเนินงาน การควบคุมกำกับ การประเมินผลและสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
กลุ่ม/ ชมรม/ อสม.	<p>ตรวจสุขภาพประจำปี ความรู้ อุปกรณ์ การติดต่อประสานงาน หน่วยปฐมพยาบาล สิทธิพิเศษของครอบครัว อสม.</p>	<p>SA69. ส่งเสริมการผลิต สื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้ การดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในกลุ่ม/ชมรม/ อสม.</p> <p>SA70. จัดทำแผนตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมให้บริการตรวจสุขภาพ</p> <p>SA71. รับรองสิทธิการรักษาพยาบาลแก่ครอบครัว อสม.</p>
องค์กรเอกชน	<p>การติดต่อประสานงาน การตรวจสุขภาพ องค์กรความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการด้านต่างๆ</p>	<p>SA72. จัดทำแผนตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมให้บริการตรวจสุขภาพ</p> <p>SA73. สนับสนุนการให้ความรู้/ที่ปรึกษา และเผยแพร่ความรู้อย่างที่ถูกต้อง</p>

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในองค์กร

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน	ความต้องการและความคาดหวัง	แนวทางการตอบสนองขององค์กร
บุคลากรทางการแพทย์ และสายสนับสนุน	<p>การประสานงาน ข้อมูลการส่งต่อที่ครบถ้วนถูกต้อง มีความสุขในการทำงาน ความปลอดภัย สวัสดิการ (ตรวจสุขภาพประจำปี ฟรีทุกวิชาชีพ) ค่าตอบแทน (OT) ความก้าวหน้าในการทำงาน/อาชีพ สร้างขวัญและกำลังใจ ความสมดุลในการทำงาน การพัฒนาองค์ความรู้/การฟื้นฟูความรู้ ทีมงานที่ดี ขั้นตอนปฏิบัติไม่ซ้ำซ้อน การประเมินที่ซื่อสัตย์ ความมั่นคงในหน้าที่การงาน มุมพักผ่อน ความเพียงพอของบุคลากรในการปฏิบัติงาน การจัดคนในเหมาะสมกับงาน ความเพียงพอของอุปกรณ์ (คอมพิวเตอร์)</p>	<p>SA74. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในการดำเนินงาน ด้านการส่งต่อ (Thai Refer และ Smart COC) SA75. เสริมสร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัด โดยการยกย่อง ชมเชย SA76. ประเมินความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (happinometer) เพื่อนำมาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากร SA77. ประเมินสถานที่ทำงานนำอยู่ นำทำงานเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต SA78. จัดทำแนวทางการพิจารณาผลการปฏิบัติราชการเพื่อเลื่อนเงินเดือนให้ข้าราชการ</p>

กลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ (Goal)

G1 : ประชาชนได้รับการดูแลปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาศักยภาพการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยการจัดบริการทางการแพทย์สาขาหลักและสาขารอง โดยใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยีทันสมัย ภายใต้การควบคุมคุณภาพโดยผู้บริหารและทีมคร่อมสายงานเพื่อบริการประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบและพื้นที่รอบข้างโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงาน (S1S2S3S4S5 : O1O5O6O9O10O12O13/ SA18SA19)
2. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน และมุ่งเน้นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน (SA6)

G2 : โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

กลยุทธ์ :

ยกระดับการให้บริการต่อยอดจากการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ให้บริการทางการแพทย์สาขาหลักและสาขารอง ประกอบกับความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ/เทคโนโลยีทันสมัย การสนับสนุนของภาคีเครือข่ายสู่การเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) ด้วยการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด (S1S2S4S5S8 : O1O2O3O4/ SA14SA15SA20SA21)

G3 : การจัดการบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ :

พัฒนาการจัดการบริการสุขภาพและการบริหารจัดการสู่มาตรฐานขององค์กรและสถาบันต่างๆ ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารและทีมงานคุณภาพที่เข้มแข็งโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคีเครือข่าย และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ (S2S3 : O1O7O9O13/ SA14SA15)

G4 : ผู้รับบริการพึงพอใจ

กลยุทธ์ :

พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลด้วยการบริการทางการแพทย์หลากหลายสาขา เทคโนโลยีที่ทันสมัย หลากหลายทางเลือกบริการ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพโดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในการให้บริการและสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่ผู้รับบริการ (S1S5S6S7S8S10S11 : O5O6O13/ SA10SA11SA12SA13SA14SA16SA23SA24SA25)

G5 : การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ :

พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ (S4S5 : O12O13/ SA26SA43SA46SA47SA)

G6 : การบริหารแผนงานติดตามและประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ**กลยุทธ์ :**

ส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ hardware software และจัดตั้ง Data center เพื่อนำเสนอและเชื่อมโยงข้อมูลสำหรับการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย (W2W3W7 : O13)

G7 : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ**กลยุทธ์ :**

1. พัฒนาศักยภาพการสร้างรายได้จากบริการผู้ป่วยใน ทันตกรรมเฉพาะทาง การแพทย์ทางเลือกและบริการอื่นๆ ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์และพื้นที่ใกล้เคียง (S1S6S7S10S12S16 : O2O4O5O13)
2. ส่งเสริมการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน ประกอบกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนการบริการที่สามารถลดต้นทุนบริการได้ (W2W3W4W12 : O1O9O13)

G8 : การบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ**กลยุทธ์ :**

พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพไปยังกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีความจำเป็นตลอดจนการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว (S7S15 : O4O5O6)

G9 : การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ**กลยุทธ์ :**

ส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ hardware software และจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อดำเนินการ จัดหาเครื่องมือแพทย์ สร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือแก่เจ้าหน้าที่ Calibrate เครื่องมือสำคัญและบำรุงรักษาตามกำหนด โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยดำเนินการ (W2W3W12 : O13/ SA14SA15)

G10 : เครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง**กลยุทธ์ :**

สร้างเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็งภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลและการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของเครือข่ายและภาคีสุขภาพในพื้นที่ (S3 : O7O9O10O12/ SA26)

G11 : องค์กรแห่งการเรียนรู้**กลยุทธ์ :**

พัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดทำงานวิจัย นวัตกรรม CQI และ Bestpractice ทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ตลอดจนจัดกิจกรรมวิชาการเพื่อเป็นพื้นที่ในการเรียนรู้ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาล (S3 : O13/ SA21)

G12 : บุคลากรมีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน**กลยุทธ์ :**

พัฒนาความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน สมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากรแต่ละสายงาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสมโดยสามารถนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนดำเนินงาน การบริหารจัดการที่เหมาะสม ตลอดจนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (W1W2W3W4W8W9W11W13W15 : O13/ SA75SA76SA77SA78)

G13 : การจัดการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมที่ดี**กลยุทธ์ :**

พัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับ Challenge เป็นแนวทางในการพัฒนาบนเนื้อที่ของโรงพยาบาล ประกอบกับการขยายพื้นที่บริการโดยใช้งบประมาณจากภายในและภายนอก และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการให้บริการที่ดีและปลอดภัย (S9S13 : O1O3O13/ SA11SA12SA13SA77)

G14 : Smart Hospital**กลยุทธ์ :**

1. พัฒนาโรงพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะโดยใช้เกณฑ์ Smart Hospital และ EMS เป็นแนวทางในการพัฒนา (S3S5 : O13)
2. พัฒนาการบริหารจัดการ hardware software และศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน Smart Hospital ภายใต้ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (W3W4W7 : O13)

(สำเนาฉบับ)

คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ ๓๕๖ /๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค เพื่อให้สามารถจัดบริการประชาชนได้กว้างขวางสมประโยชน์ของทางราชการ ดังนั้นจึงให้ยกเลิกคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ ๔๓๑/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ และขอแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ประกอบด้วย

๑. นายเอกชัย มุกดาพิทักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวอุไรวรรณ แก้วพิชัย	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวชฎานิศ มามีวัฒนะ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางพรพรรณ ตั้งวงศ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕. นางวิรดา คำเนตร	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖. นางดวงจันทร์ กอธวัช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๗. นางอารยา ทวีขันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางพรพณา ไทยเกิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางกิ่งแก้ว ลีมสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๐. นางยุวดี สุปันตี	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวสุนิษา อยู่ทองอ่อน	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๒. นางสาวภูริชญา บุรินทร์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๓. นางสาวรัชติกาญจน์ สมทรง	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการ
๑๔. นายดุริยางค์ วาสนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางสาวเบญจมาภรณ์ จันทร์ปาน	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วย- เลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ :

ให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ มีหน้าที่เป็นคณะที่ปรึกษาและสนับสนุนผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- กำหนดทิศทาง เป้าหมายในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน โดยทุกคนมีส่วนร่วม
- พิจารณาจัดทำแผน จัดสรรทรัพยากร ควบคุม กำกับ วิเคราะห์ และประเมินผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาล

๓. พิจารณาจัดแบ่ง/.....

๓. พิจารณาจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มอบหมายงาน ประสานงาน เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ พิจารณาเสนอหลักเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบ และพิจารณาให้คุณให้โทษเจ้าหน้าที่ในหน้าที่รับผิดชอบ
๔. พิจารณาเสนอความเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ กฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่ให้โรงพยาบาลฯ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้จะต้องไม่ขัดต่อระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรีและหนังสือสั่งการต่าง ๆ ของทางราชการ
๕. พิจารณาหาทางพัฒนา รวมทั้งพิจารณาคัดเลือกคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานเฉพาะกิจของโรงพยาบาลฯ
๖. ร่วมพิจารณาหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว เกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลฯ
๗. หน้าที่อื่น ๆ ตามที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ปรึกษาหรือมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจิรชาติ เรืองวิชนพร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี



โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
KANCHANADIT HOSPITAL

แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (2566-2570)
โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ปีงบประมาณ 2567

