



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพะโต๊ะ อำเภอยะไข่ จังหวัดชุมพร ๘๖๑๔๐ โทร ๐๓/๓-๕๓๙๐๕๖

ที่ ขพ ๐๐๓๒.๓๐๑/พิเศษ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานการประเมินผลตามแผนปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะโต๊ะ

ด้วยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพะโต๊ะ ได้ดำเนินการสรุปการประเมินผลตามแผนปฏิบัติราชการ ปี ๒๕๖๑ ตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล และ ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรายงานให้ท่านได้ทราบผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน และนำผลปฏิบัติราชการไปแก้ไขปรับปรุง ในการดำเนินการต่อไป รายละเอียดตามเอกสารที่ได้แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

การดำเนินการ ๑๔ แผนงาน ๒๓ โครงการ ๒๓ ตัวชี้วัด งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ โครงการ PP งบ ๗๔๔,๖๕๕.๔๐ บาท เงินบำรุง ๒๑๙,๖๖๔.- บาท รวมงบประมาณที่ใช้ไปทั้งสิ้น ๙๖๓,๒๑๙.๔๐ บาท (เก้าแสนหกหมื่นสามพันสองร้อยสิบเก้าบาทสี่สิบสตางค์)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวบุญช่วย นัยสอน)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ทราบ

(นายเชาวะนนท์ นนท์ทอง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะโต๊ะ

รายงานการประเมินผลตามแผนปฏิบัติงาน ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลพะโต๊ะ

| แผนปฏิบัติการ ปี 2561 | เป้าหมาย | สรุปผลการดำเนินงาน | ปัญหาอุปสรรค | แนวทางแก้ปัญหา | หมายเหตุ |
|--|------------------------------|--------------------|-----------------------------|---|----------|
| ๑.๑การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราการตายมารดาไทย | ≤ ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | 0 | - | - | |
| ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย | ≥ ร้อยละ ๘๕ | ๘๙.๓๒ | มาตรฐานคุณภาพคลินิก | แผ้วถาง/สุ่มประเมิน | |
| ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน | ≥ ร้อยละ ๕๔ | ๕๒.๖๐ | สุขภาพเด็ก | WBC Clinic | |
| ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละเด็ก กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี สูงดีสมส่วน | ≥ ร้อยละ ๕๔ | ๕๒.๖๐ | เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน | ๑. ทบทวนระบบคุณภาพ WBC | |
| ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละเด็ก กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี พันติไม่ผิดปกติ | ≥ ร้อยละ ๕๔ | ๗๑.๗๙ | ไม่ผ่านเกณฑ์ | ๒. สร้างวิสัยสุขภาพพื้นฐานก่อนอายุ ๓ ปี | |
| ๑.๒การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละเด็ก กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี พันติไม่ผิดปกติ | ≥ ร้อยละ ๕๔ | ๗๑.๗๙ | - | - | |
| ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี | ไม่เกิน ๔๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร | ๒๕.๘๗ | การวางแผนครอบครัว | การให้คำปรึกษาในคลินิก ANC | |
| ๑.๓การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ ๖๐ | ๕๐ | มาตรฐานคลินิก | ฝากครรภ์-คลอด พบทวน | |

รายงานการประเมินผลตามแผนปฏิบัติงาน ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลพะโต๊ะ

| แผนปฏิบัติการ ปี 2561 | เป้าหมาย | สรุปผลการดำเนินงาน | ปัญหาอุปสรรค | แนวทางแก้ปัญหา | หมายเหตุ |
|--|--------------------------|--------------------|---|---|----------|
| ๑.๕ การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน | ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร | ๔.๗๖ | ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ประมาณ ร้อยละ ๙๐ | เพิ่มความเข้มข้นในการรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | ไม่เกิน ๒.๔% | ๑.๓๙ | BMI เกิน | สร้างกระแสส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย | |
| ร้อยละ ๑๖ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | | ๒๘.๙๔ | - | - | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาย | ระดับดีมาก ร้อยละ ๒๐ | ๑๐๐.๐๐ | - | - | |
| ๑.๔ การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของ คกก พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ | เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ | ๑๐๐ | ผู้ประเมินมุ่งประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงาน | เน้นการประเมินกระบวนการ | |
| | | | ดำเนินงาน | ผลลัพธ์ระหว่างทาง | |
| | | | ผู้รับผิดชอบสับสนกับรูปแบบการประเมินที่แท้จริง | ผู้ขับเคลื่อนระดับจังหวัด / เขต | |
| | | | | ควรสร้างความเข้าใจรูปแบบแนวทางให้ชัดเจน | |

รายงานการประเมินผลตามแผนปฏิบัติงาน ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลพะโต๊ะ

| แผนปฏิบัติการ ปี 2561 | เป้าหมาย | สรุปผล การดำเนินงาน | ปัญหาอุปสรรค | แนวทางแก้ปัญหา | หมายเหตุ |
|---|-------------|------------------------|-----------------------------------|--|----------|
| ๒.๑ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิด | ๓ | ๐ | แพทย์ไม่ผ่านการอบรม | ส่งแพทย์เข้าอบรม | |
| ดำเนินการในพื้นที่ Primary Care Cluster (PCC) | | | | | |
| ๒.๓ โครงการป้องกันและควบคุมการต้อยาด้านจุลชีพ | | | | | |
| และการใช้อย่างเหมาะสมผล | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างเหมาะสมผล | ขั้น ๒ | ขั้น ๒ | เผื่อระวังการใช้ AB ใน ๔ กลุ่มโรค | ทวนสอบการลงรหัสโรคกับการวินิจฉัยของแพทย์อยู่เป็นระยะ | |
| สมผล | | | | การควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิดจน | |
| | | | | ถึงสิ้นปีงบประมาณ | |
| ๒.๗ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์ | ร้อยละ ๒๐ | ๓๔.๓๘ | - | - | |
| แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | | | | |
| ๒.๒๐ โครงการเฉลิมพระเกียรติ | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๒๗ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค | ≥ ร้อยละ ๘๕ | ๑๐๐ | เร่งรัดการค้นหาลำป่วย | กระตุ้นให้มีการส่ง DST | |
| ปอดรายใหม่ | | | | | |
| | | | | | |

รายงานการประเมินผลตามแผนปฏิบัติงาน ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลพะโต๊ะ

| แผนปฏิบัติการ ปี 2561 | เป้าหมาย | สรุปผลการดำเนินงาน | ปัญหาอุปสรรค | แนวทางแก้ปัญหา/ดำเนินงาน | หมายเหตุ |
|---|----------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------------------------|----------|
| ๒.๒ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | DM \geq ๔๐% HT \geq ๕๐ | ๒๖.๒๙ | การติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | จัดรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | |
| | | ๕๐.๕๐ | ไม่ต่อเนื่อง | ให้สอดคล้องและเหมาะสม | |
| ๒.๑๒ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR \leq 4 ML/Min/๑.๗๓M๒/Yr | \geq ๖๖% | ๗๓.๐๒ | - | - | |
| ๓.๑ ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความพึงพอใจของพนักงาน | \geq ๖๐% | ๑๐๐ | - | ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพการเงิน | |
| | | | | กิจกรรมสร้างสุขคนทำงาน | |
| | | | | สถานที่ทำงาน สิ่งแวดล้อมอยู่ | |
| ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข | ร้อยละ ๘๕ | ๙๘.๘๘ | แผนก X-Ray ขาดบุคลากรสาย | พนักงาน พกส ปฏิบัติงานแทน | |
| | | | อาชีพ | โดยผ่านการอบรมจาก รพ.ชุมพร | |
| | | | | เขตอุดมศักดิ์ | |
| | | | | | |

รายงานการประเมินผลตามแผนปฏิบัติงาน ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลพะโต๊ะ

| แผนปฏิบัติการ ปี 2561 | สรุปผลการดำเนินงาน | ปัญหาอุปสรรค | แนวทางแก้ปัญหา/ดำเนินงาน | หมายเหตุ |
|--|----------------------------|---|--|--------------------------|
| ๓.๒ ระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ร้อยละ ๙๐ | - | ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดีในการดำเนินงาน | |
| ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด | ดำเนินการ ๕ มิติ ≥ ๙๐ | การดำเนินการยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน | กระตุ้นให้ดำเนินการได้ครบถ้วนทุกหน่วยงานในองค์กร | |
| ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานการรับรอง HIA | ขึ้น ๓ | การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง | ผู้บริหารกระตือรือร้นในการทำคุณภาพแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน | |
| ๓.๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ | ๐ | | | |
| ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | < ระดับ ๗ | เนื่องจากประชากรในพื้นที่ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ คน อัตราการครองชีพผู้ป่วยใน < ๑๕% ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อจากกรรเรียกเก็บเพิ่มขึ้น | ค้นหาประชากรที่มามีอยู่ในอำเภอที่ยังไม่ย้ายสิทธิให้ย้ายสิทธิเข้ามาเพื่ออัตราการครองชีพเพียง ลดการส่งต่อต่างจังหวัด | |
| | | | | เพิ่มรายได้-ลดค่าใช้จ่าย |