

## 4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ (35 ตัวชี้วัด)

## ด้านที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ  
(1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561)

ที่	ชื่อตัวชี้วัด (35 KPI)	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			ผลการประเมิน
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทย*	≤20 ต่อแสน เกิดมีชีพ	708	0	0	ผ่าน
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย*	≥ร้อยละ 80	1,991	1,878	94.32	ผ่าน
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี*	≥ร้อยละ 54	4,121	1,878	50.30	ไม่ผ่าน
4	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ *	≥ร้อยละ 54	755	707	93.64	ผ่าน
5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี*	≤40 ต่อหญิง 15-19ปี1000 คน	3,458	47	1.36	ผ่าน
6	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนผ่านเกณฑ์*	≥ร้อยละ 60	16	16	100	ผ่าน
7	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอที่มีคุณภาพ (พชอ.) (District Health Board : DHB) * <b>PA1</b>	≥ร้อยละ 80	1	1	100	ผ่าน
8	ร้อยละของอำเภอมีสุนัขปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)ที่ สามารถปฏิบัติงานได้จริง * <b>PA2</b>	ร้อยละ 100	1	0	0	ไม่ผ่าน
9	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ น้อยกว่า 15 ปี*	≤4.5ต่อเด็ก <15 ปี แสนคน	17,040	1	5.87	ไม่ผ่าน
10	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน*	≤16 ต่อแสน ประชากร	96,327	0	0	ผ่าน
11	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง					
	11.1 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน*	≤ร้อยละ 2.4	4,095	56	1.37	ผ่าน
	11.2 ร้อยละประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน*	≥ร้อยละ 10	2,566	1,900	74.05	ผ่าน
12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital (ระดับดีมาก) * <b>PA3</b>	ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน

**ด้านที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service plan)**

ตารางที่ 12 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการพัฒนาระบบบริการ (Service plan)

(1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561)

ที่	ชื่อตัวชี้วัด ( 35 KPI)	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			ผลการประเมิน
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
13	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ผลงานสะสม * <b>PA4</b>	≥ร้อยละ 90	2	1	50.00	ไม่ผ่าน
14	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	≤ร้อยละ 7	223	5	2.24	ผ่าน
15	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล <b>PA5</b>					
	15.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ชั้นที่ 1* <b>PA5</b>	≥ร้อยละ 80	1	1	100	ผ่าน
	15.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ชั้นที่ 2* <b>PA5</b>	≥ร้อยละ 20	1	0	0	ไม่ผ่าน
	15.3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการตัวยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ AMR*	≥ร้อยละ 70	1	0	0	ไม่ผ่าน
16	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ 4 สาขาลดลง(สาขาโรคหัวใจ, โรคมะเร็ง, บาดเจ็บและฉุกละหิม และทารกแรกเกิด) (ปี 60=41, ปี 61=5) *	≥ร้อยละ 10	41	11	26.83	ผ่าน
17	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*	≥ร้อยละ 20	201526	37737	18.73	ไม่ผ่าน
	17.1 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพท.) *	≥ร้อยละ 10	128,695	20,097	15.61	ผ่าน
	17.2 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สต.) *	≥ร้อยละ 30	72,831	17,640	24.22	ไม่ผ่าน
18	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้**	ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
19	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ตาย 9 คน)	≤27 ต่อประชากรแสนคน	124,569	8	6.42	ผ่าน
20	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m <sup>2</sup> /yr*	≥ร้อยละ 66	688	430	62.50	ไม่ผ่าน
21	อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยามบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.7 : 100	ไม่ได้ดำเนินการ			

ตารางที่ 12 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการพัฒนาระบบบริการ (Service plan)

(1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561) (ต่อ)

ที่	ชื่อตัวชี้วัด ( 35 KPI)	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			ผลการประเมิน
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
22	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission) **	≥ร้อยละ 90	77	72	93.50	ผ่าน
23	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (One Day Surgery, Minimally Invasive Surgery) PA6					
	23.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม 12 โรคหัตถการ ได้รับการแบบ One Day Surgery **	≥ร้อยละ 15	63	0	0	ไม่ผ่าน
	23.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery **	≥ร้อยละ 10	63	18	18.18	ผ่าน
24	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) * PA7	≤ร้อยละ 12	162	11	6.79	ผ่าน
25	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ** PA8	≥ร้อยละ 85	143	133	93.01	ผ่าน
26	จำนวนเมืองสมุนไพร PA9	จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการ				
	มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15					

### ด้านที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการ

ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการ  
(1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561)

ที่	ชื่อตัวชี้วัด ( 35 KPI)	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			ผลการประเมิน
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
27	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ระดับ 3 หรือ 4 หรือ 5) *	≥ร้อยละ 60	1	1	100	ผ่าน
28	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) * <b>PA10</b>	≥ร้อยละ 85	522	503	95.06	ผ่าน
29	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA*		2	2	100	ผ่าน
	29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA*	≥ร้อยละ 90	1	1	100	ผ่าน
	29.2 ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA*	≥ร้อยละ 90	1	1	100	ผ่าน
30	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	≥ร้อยละ 20				
	30.1 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา**	≥ร้อยละ 20			0	ไม่ผ่าน
	30.2 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของวัสดุวิทยาศาสตร์**	≥ร้อยละ 20			75.83	ผ่าน
	30.3 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของวัสดุทันตกรรม**	≥ร้อยละ 20			29.43	ผ่าน
	30.4 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของ วัสดุการแพทย์**	≥ร้อยละ 20			0	ไม่ผ่าน
31	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน**	≥ร้อยละ 8	1	1	100	ผ่าน
32	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA) (สสอ.)* <b>PA11</b>	≥ร้อยละ 25	1	1	100	ผ่าน
33	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพช.) ** <b>PA12</b>	ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน

ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการ สนับสนุนการจัดบริการ  
(1 ตุลาคม 2560-31 พฤษภาคม 2561) (ต่อ)

ที่	ชื่อตัวชี้วัด ( 35 KPI)	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			ผลการประเมิน
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
34	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว <b>PA513</b>	≥ร้อยละ 25				
	34.1 จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5 ดาว*	≥ร้อยละ 25	15	1	10.78	ผ่าน
35	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติ ทางการเงิน ** <b>PA14</b>	≤ร้อยละ 6	1	0	0	ผ่าน

หมายเหตุ

1. ที่มา : 1) Smart Regirator สสจ.ชัยภูมิ\* 2) ข้อมูลจากหน่วยงาน \*\* 3) ข้อมูลจาก HDC สสจ.\*\*\*
2. PA หมายถึง ตัวชี้วัด PA 1-PA 15
3. ผลการประเมิน คือ ผ่าน และ ไม่ผ่านเกณฑ์
4. ผลการดำเนินงาน เป้าหมาย คือ เป้าหมายที่ตั้งไว้/ตัวหาร (จำนวน) ผลงาน คือ ผลการทำงาน  
ในเป้าหมายที่ตั้งไว้/ตัวตั้ง (จำนวน)