

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
PI ที่.....	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/พญ.วิบูลวรรณ
	เลขาฯ : ปาริชาติ/ วันเพ็ญ (สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
≤ 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	0	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ
1.โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันคืนเด็กดีสู่สังคม อำเภอเมืองกำแพงเพชร ปี 2563	100,000	PPB	เริ่มกิจกรรมบางส่วนเมื่อ มกราคม 2563	มีกิจกรรมที่รอดำเนินการเดือน สิงหาคม 2563	

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 2</b>	เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย $\geq 85\%$
<b>PI ที่.....</b>	PI 2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq 100\%$ PI 2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า $\geq 20\%$ PI 2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามร้อยละ 90 $\geq 100\%$ PI 2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน $\geq 60\%$
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/พญ.วิบูลวรรณ
	เลขาฯ : หทัยรัตน์/รุ่งนภา(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ 21 พ.ค.2563)</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
KPI ที่ 2 เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย $\geq 85\%$	97.73	ผ่าน
PI 2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ $\geq 100\%$	99.04	ไม่ผ่าน
PI 2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า $\geq 20\%$	21.91	ผ่าน
PI 2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามร้อยละ 90 $\geq 100\%$	91.89	ไม่ผ่าน
PI 2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน $\geq 60\%$	80.95	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
1.ชื่อเด็กอยู่ในพื้นที่แต่ตัวเด็กไม่อยู่ 2.เจ้าหน้าที่ศึยข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ทำให้ผลงานไม่ขึ้น		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
1.ติดตามตัวเด็กหรือโทรตามว่าตัวเด็กอยู่พื้นที่ไหน เพื่อติดตามให้เด็กเข้ารับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ 2.ชี้แจงการศึยข้อมูล การบันทึกข้อมูล ให้ถูกต้องครบถ้วน ตรวจสอบข้อมูลทุกครั้งก่อนนำส่งข้อมูลดังกล่าว 3.จัดทำโครงการเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สร้างความเข้าใจในหน่วยงานเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด 2 โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
1. โครงการอบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการ เด็กอายุ 0-5 ปี อำเภอเมือง กำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563	30,000	เงินบำรุง โรงพยาบาล กำแพงเพชร		มีกิจกรรมที่รอ ดำเนินการเดือน มิถุนายน 2563	
2. โครงการรณรงค์สุ่มตรวจ ประเมินคุณภาพเกลือบริโภคเสริม ไอโอดีน อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563	113,000	PPB		มีกิจกรรมที่รอ ดำเนินการเดือน มิถุนายน 2563	

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 ตัวชี้วัดย่อย: ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
PI ที่.....	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/พญ.วิบูลวรรณ
	เลขาฯ : หทัยรัตน์/รุ่งนภา(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
60%	64.70	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
๑. โครงการส่งเสริมภาวะ โภชนาการเด็ก เครือข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑๘๐,๐๐๐	PPB	เริ่มกิจกรรม บางส่วนเมื่อ เมษายน ๒๕๖๓		

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่</b>	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน
<b>PI ที่.....</b>	PI 1 ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชายที่อายุ 12 ปี PI 2 ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กหญิงที่อายุ 12 ปี PI 3 เด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน PI 4 เด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการตรวจ Obesity sign PI 5 เด็กอ้วนที่มีภาวะเสี่ยงจากการตรวจ Obesity sign ได้รับการส่งต่อ PI 6 เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะพอม PI 7 เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/พญ.วิบูลวรรณ
	เลขาฯ : รุจิดารีย์/รุ่งนภา(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ ..... )</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน	63.36	ไม่ผ่าน
PI 1 ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชายที่อายุ 12 ปี	147.33 เซนติเมตร	ไม่ผ่าน
PI 2 ส่วนสูงเฉลี่ย เด็กหญิงที่อายุ 12 ปี	151 เซนติเมตร	ไม่ผ่าน
PI 3 เด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	12.21%	ไม่ผ่าน
PI 4 เด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการตรวจ Obesity sign	100 %	ผ่าน
PI 5 เด็กอ้วนที่มีภาวะเสี่ยงจากการตรวจ Obesity sign ได้รับการส่งต่อ	100 %	ผ่าน
PI 6 เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะพอม	4.58 %	ผ่าน
PI 7 เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	5.34 %	ไม่ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งจากการติดเกมส์ ติดโทรศัพท์ ทำให้ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายและไม่ได้ออกกำลังกาย</li> <li>เด็กวัยเรียนมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น Fast food น้ำอัดลม ขนมหวาน ฯลฯ ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคอ้วน และโรค NCD ตามมา</li> </ol>		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการในเด็กวัยเรียนและผู้ปกครองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> <li>จัดกิจกรรมส่งเสริมทางกาย เช่น กิจกรรมจิงโจ้ FUN for FIT ทุกเช้าหลังเคารพธงชาติ</li> <li>สนับสนุนสื่อสุขภาพต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอ ฯลฯ</li> </ol>		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด 2 โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
1. ChoPA&ChiPA Game ลดเรียนเพิ่มรู้ สู้เด็กไทยสูง สม ส่วน แข็งแรง IQ EQ ดีเครือข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563	200,000	PPB	-	ช่วงเปิดเทอม ประมาณช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563	-
2. โครงการ 10 องค์ประกอบวัย เรียนสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	100,000	PPB	-	ช่วงเปิดเทอม ประมาณช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563	-

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
PI ที่.....	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/พญ.วิบูลวรรณ
	เลขาฯ : ปาริชาติ/วันเพ็ญ(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 18 พฤษภาคม 63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
≤ 34 ต่อพันหญิงอายุ 15-18 ปี	10.96	ผ่าน
<u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u>		
.....		
.....		
.....		
<u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u>		
.....		
.....		
.....		
.....		
*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้ค่ะ		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการวัยรุ่น ใส่ใจ ร่วมใจ เครือข่ายโรงพยาบาล กำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563	141,500	PPB	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมวัย ใส ไม่ท้องก่อนวัยอัน ควร ในสถานศึกษา 3 แห่งวันที่ 28 ก.พ. 2563 ณ โรงเรียนคณทิพิทยา คม วันที่ 12 มีนาคม 2563 ณ โรงเรียนบ้านสุวรรณ ภูมิวันที่ 16 มีนาคม 2563 ณ โรงเรียนบ้านโฆมงหัก	กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม อบรมพ่อแม่ที่มีลูก วัยรุ่น เครือข่าย โรงพยาบาล กำแพงเพชร ปี 2563 กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม รู้ทันภัยยาเสพติดแล สนับสนุนให้ ดำเนินงานศูนย์เพื่อน ใจทูบีนัมเบอร์วัน ใน สถานศึกษา 3 แห่ง	

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 7	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan $\geq 80\%$
PI ที่ 7.1	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL $\geq 100\%$
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/นพ.สุธีร์
	เลขาฯ : กาญจนา/วันเพ็ญ(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 21/5/2563 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan $\geq 80\%$	100	ผ่าน
ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL $\geq 100\%$	93.23	ไม่ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> 1. ผู้สูงที่เสียชีวิตแล้วแต่ชื่อยังไม่ลบออกจากฐานข้อมูล 2. ผู้สูงอายุมีชื่อในฐานข้อมูลแต่หาตัวไม่พบ 3. ผลงานในฐานข้อมูล HDC ไม่ตรงกับผลงานใน MIS		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> 1. พัฒนาระบบ IT / ประสานผู้รับผิดชอบงาน IT อย่างต่อเนื่องเมื่อระบบข้อมูลเกิดปัญหาพึงได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง 2. ประสาน อสม. / CG / ภาควิชาเครือข่ายในชุมชนในการค้นหากลุ่มเป้าหมายและติดตามในพื้นที่		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร	83,500	PPB	20 ธ.ค. 62 -28 ก.พ. 63		

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย
PI ที่	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูริย์/นพ.สุธีร์
	เลขานุ : กาญจนา/สุทธีวรรณ/วันเพ็ญ(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<u>ผลการปฏิบัติงาน</u>		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ .....	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	68.55	ผ่าน
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	100	ผ่าน
จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	ไม่มีข้อมูลใน MIS/HDC	ไม่มีข้อมูลใน MIS/HDC
<b><u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u></b> ..... ..... ..... .....		
<b><u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u></b> ..... ..... ..... .....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้ค่ะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 3 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อ สร้างแกนนำสร้างสุขวัยทำงานโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน อ.เมือง จ.กำแพงเพชร ปี 2563	25,000	เงินบำรุง	5 มีนาคม 63	-	-
โครงการสนับสนุนสร้างเสริม สุขภาพวัยทำงาน เครือข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563	319,250	PPB	-	กรกฎาคม 63	-
โครงการการจัดตั้งคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Change Clinic : DPAC) ใน สถานพยาบาล ปี 2563 เครือข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร	54,000	PPB		มิถุนายน 63	-



**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 13</b>	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
<b>PI ที่</b>	PI 13.1 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน $\geq 80\%$ PI 13.2 การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 50\%$ PI 13.3 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง $\geq 80\%$ PI 13.4 การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq 50\%$
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์ เลขาฯ : มณฑนา/วิไลลักษณ์/ทิพย์สุดา(สสอ.) หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 20 พ.ค.63)	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
PI 13.1 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน $\geq 80\%$	93.23%	ผ่าน
PI 13.2 การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 50\%$	60.41%	ผ่าน
PI 13.3 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง $\geq 80\%$	93.99%	ผ่าน
PI 13.4 การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq 50\%$	80.70%	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ
โครงการคัดกรองเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ประชากร 35 ปีขึ้นไป ในเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร	940,000	PPC	ต.ค.62-ก.ย.63		

## สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร

KPI ที่	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HDC</li> <li>2. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี HDC</li> <li>3. อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยเบาหวาน HDC</li> <li>4. อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง HDC</li> <li>5. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะจอตาคผิดปกติ ระยะ severe NPDR และ PDR ได้รับการรักษาด้วย เลเซอร์ (ประมวลผลจาก 43 แพ้ม)</li> <li>6. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานตาบอดรายใหม่ จากภาวะจอตาคผิดปกติจากเบาหวาน (ประมวลผลจาก 43 แพ้ม)</li> <li>7. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดนิ้ว/เท้า/ขา รายใหม่ จากการมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า (ประมวลผลจาก 43 แพ้ม)</li> <li>8. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ HDC</li> </ol>
PI ที่	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์
	เลขาฯ : มณฑนา/วิไลลักษณ์/ทิพย์สุดา(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<u>ผลการปฏิบัติงาน</u>		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 20 พ.ค.63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
1. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HDC	23.95	ไม่ผ่าน
2. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี HDC	51.56	ผ่าน
3. อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยเบาหวาน HDC	13	
4. อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง HDC	18	
5. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ HDC	N/A	เปลี่ยนตัวชี้วัด
<p><b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b></p> <p>การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นเรื่องของพฤติกรรม และการตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพตัวเอง อีกทั้งยังมีปัจจัยส่งเสริมต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทั้งตลาดนัด ร้านสะดวกซื้อ ร้านชา-กาแฟ และผลไม้ตามฤดู ถ้าผู้ป่วยมีความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพ ก็จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้</p>		
<p><b>แนวทางการพัฒนา /ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b></p> <p>จัดทำ โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้ SMBG เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตัวเอง หลังจากรับประทานอาหารชนิดใด แล้วค่าน้ำตาลได้เท่าใด เพื่อให้ตระหนักในการดูแลตัวเองมากขึ้น ปรับพฤติกรรมเรื่องอาหารให้เหมาะสมกับตัวเอง</p>		
<p><b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้ นะคะ</b></p>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด 4 โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
1.โครงการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่าย รพ.กำแพงเพชร	6,556,400	OP/IP	ต.ค.62-ก.ย. 63		
2.โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ คุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้ SMBG	35,000	เงินบำรุง LAB	ต.ค.62-ก.ย. 63		
3.โครงการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่าย รพ.กำแพงเพชร(คัด กรองไต)	47,000	เงินบำรุง LAB	ต.ค.62-ก.ย. 63		
4.โครงการชะลอไตเสื่อม	524,400	เงินบำรุง LAB	ต.ค.62-ก.ย. 63		

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่</b>	-ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมี เกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน) -ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
<b>PI ที่</b>	
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.ไพฑูรย์/นพ.สุธีร์
	เลขาฯ : เฉลิมพล/เลิศสันต์/สมจิตร(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ ..... )</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมี เกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)		รายงานของสสจ.
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	รับการประเมินวันที่ 26 ธันวาคม 2562	ผ่านเกณฑ์(ดีมากPlus)
<b>แนวทางการพัฒนา /ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

<b>โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด</b>					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
<b>ชื่อโครงการ</b>	<b>งบประมาณ (บาท)</b>	<b>แหล่งงบประมาณ (บาท)</b>	<b>การดำเนินงาน</b>		
			<b>ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)</b>	<b>กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)</b>	<b>ยกเลิกโครงการ</b>
โครงการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลกำแพงเพชร (GREEN&CLEAN Hospital) ปี 2563	49,394	เงินบำรุงโรงพยาบาล	อยู่ระหว่างดำเนินการ		

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่</b>	-ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ -ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
<b>PI ที่</b>	
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.ไพฑูริย์ เลขานุ : ธนกาญจน์/ยงยุทธ(สสอ.) หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ ..... )</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	100	ผ่าน
ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	100	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> ..... ..... .....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> ..... ..... .....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

<b>โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด</b>					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 22	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
PI ที่ 22.1	PI 22.1 อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน PI 22.2 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.ไพฑูริย์/นพ.สุธีร์
	เลขานุการ : นัชชา/ชั้นชัย(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 21 พ.ค.63)	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
PI 22.1 อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	100	ผ่าน
PI 22.2 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน	94.12	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา /ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้ นะคะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด						
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้						
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน			
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ	
โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อ.เมือง จ.กำแพงเพชร ปี 2563	73,800	PPB		กรกฎาคม 2563		

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 24</b>	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
<b>PI ที่ 24.1</b>	PI 24.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) ≤7%
<b>24.2</b>	PI 24.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) ≤25%
<b>24.3</b>	PI 24.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) ≤5%
<b>24.4</b>	PI 24.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ≥60%
<b>24.5</b>	PI 24.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥50%
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : พญ.สุมาวดี
	เลขาฯ : สุนีย์รัตน์/ทิพย์สุดา(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<u>ผลการปฏิบัติงาน</u>		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) ≤7%	13.53	ไม่ผ่าน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) ≤25%	33.55	ไม่ผ่าน
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) ≤5%	5.52	ไม่ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypertension uncontrolled</li> <li>- สูบบุหรี่/ดื่มสุรา</li> <li>- การเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙</li> </ul>		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Review chart dead เพื่อหาสาเหตุ</li> <li>- นิเทศงานเชิงรุกลง PCC และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

<u>โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด</u>					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 25</b>	<b>อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (PA)</b>
<b>PI ที่ PI 25.1</b>	PI 25.1 อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค ≤5%
<b>PI 25.2</b>	PI 25.2 อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ≤0%
<b>PI 25.3</b>	PI 25.3 คัดกรอง CXR ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 3 ปี ≥75%
<b>PI 25.4</b>	PI 25.4 คัดกรอง CXR ผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ≥75%
<b>PI 25.5</b>	PI 25.5 คัดกรอง CXR บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ (สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต.) ≥75%
<b>PI 25.6</b>	PI 25.6 คัดกรอง CXR ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี HbA1c ≥ 7 , FBS ≥ 150 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง ≥75%
<b>PI 25.7</b>	PI 25.7 คัดกรอง CXR กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ ≥ 65 ปี ที่มี COPD ร่วม ≥75%
<b>PI 25.8</b>	PI 25.8 คัดกรอง CXR แรงงานต่างด้าว ≥75%
<b>PI 25.9</b>	PI 25.9 คัดกรอง CXR ผู้ต้องขัง ≥75%
<b>PI 25.10</b>	PI 25.10 คัดกรอง CXR ผู้ป่วย CKD ที่ทำ peritoneal dialysis, HD, End stage ≥75%
<b>PI 25.11</b>	PI 25.11 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥45%
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : พญ.กรชกร/นพ.ไพฑูริย์
	เลขานุ : ปัทมา/จุฑาทิพย์/สุรพงษ์(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ 29 ก.พ.63 )</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
PI 25.1 อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค ≤5%	ร้อยละ 5.06	ไม่ผ่าน
PI 25.2 อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ≤0%	ร้อยละ 0	ผ่าน
PI 25.3 คัดกรอง CXR ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 3 ปี ≥75%	ร้อยละ 32.05 (ดำเนินการเดือน มิ.ย.-ก.ค.)	ไม่ผ่าน
PI 25.4 คัดกรอง CXR ผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ≥75%	ร้อยละ 56.24 ดำเนินการทุกวันพุธ (คลินิกATC)	ไม่ผ่าน
PI 25.5 คัดกรอง CXR บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ (สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต.) ≥75%	ร้อยละ 0 (ดำเนินการเดือน มิ.ย.-ส.ค.)	ไม่ผ่าน
PI 25.6 คัดกรอง CXR ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี HbA1c ≥ 7 , FBS ≥ 150 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง ≥75%	ร้อยละ 26.45 (ดำเนินการเดือน มิ.ย.-ก.ค.)	ไม่ผ่าน
PI 25.7 คัดกรอง CXR กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ ≥ 65 ปี ที่มี COPD ร่วม ≥75%	ร้อยละ 100	ผ่าน
PI 25.8 คัดกรอง CXR แรงงานต่างด้าว ≥75%	ร้อยละ 100	ผ่าน
PI 25.9 คัดกรอง CXR ผู้ต้องขัง ≥75%	ร้อยละ 0 (ดำเนินการ 22-26มิ.ย.)	ไม่ผ่าน
PI 25.10 คัดกรอง CXR ผู้ป่วย CKD ที่ทำ peritoneal dialysis, HD, End stage ≥75%	ร้อยละ 100	ผ่าน
PI 25.11 ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥45%	ร้อยละ 67.53	ผ่าน

**ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\***

อัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม

**การคัดกรอง**

1. กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ไม่สามารถเข้ามาตรวจ CXR ได้ในบางส่วน
2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ปี 2563 ยังไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี (ปกติจะคัดกรอง CXR พร้อมตรวจสุขภาพประจำปี)
3. กลุ่มผู้ต้องขัง สคร.3 เป็นผู้ดำเนินการคัดกรอง
4. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี HbA1c  $\geq 7$  , FBS  $\geq 150$  mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ รพ.กำแพงเพชร แล้ว ในส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาที่ รพ.สต. ยังไม่ได้ดำเนินการ
5. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย เพราะมีการเลื่อนการนัดหมายออกไป

**แนวทางการพัฒนา /ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\***

อัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค แนวทางการพัฒนา คือ เร่งรัดการคัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาให้รวดเร็วขึ้น

**การคัดกรอง**

1. จัดตรวจสุขภาพกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข เร่งรัดดำเนินการเดือน มิ.ย.-ส.ค. 63
2. จัดคัดกรองเอกซเรย์กลุ่มผู้ต้องขัง จะเร่งรัดดำเนินการวันที่ 22-26 มิ.ย. (สคร3 เป็นผู้ดำเนินการ)
3. จัดคัดกรองเอกซเรย์เคลื่อนที่กลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มี HbA1c  $\geq 7$  , FBS  $\geq 150$  mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง และกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ 3 ปี จะเร่งรัดดำเนินการเดือน มิ.ย.-ก.ค. 63 โดยจัดทำโครงการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563
4. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ เร่งดำเนินการทุกวันพุธ (คลินิกATC)

**โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด**

มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563	870,000 บาท (ปรับใหม่1กิจกรรม จากเดิม750,000 บาท ปรับลดเป็น เงิน400,000บาท)	PPB		มิ.ย.-ก.ค.63	



**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่</b>	-ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) -RDU ชั้น 2 -RDU ชั้น 3 -มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3 -ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) -โรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate -อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
<b>PI ที่</b>	
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : พญ.กชกร เลขาฯ : นฤมล หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<u>ผลการปฏิบัติงาน</u>		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ .....	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
ผ่าน RDU ชั้น 2	- KPI.6 : RI (24.70%) - KPI.7 : AD (19.66%) - KPI.8 : FTW (56.14%) - RDU2 : RI&AD ในเครือข่ายเมือง 90.91%	ไม่ผ่าน (KPI.8 : FTW ≤ 50%)
ผ่าน RDU ชั้น 3 (ไตรมาส 4)	- KPI.6 : RI (24.70%) - KPI.7 : AD (19.66%) - KPI.8 : FTW (56.14%) - KPI.15 : ICS (70.28%) - RDU2 : RI&AD ในเครือข่ายเมือง 90.91%	ไม่ผ่าน (KPI.6 : RI ≤ 20% , KPI.8 : FTW ≤ 50% , KPI.15 : ICS ≥ 80%)
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดการติดตามที่รวดเร็ว และทันเวลา เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเพื่อสะท้อนกลับข้อมูลได้ทันเวลา</li> <li>- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก โดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาข้อมูลรายบุคคลในตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ถึงความเหมาะสม/ไม่เหมาะสม เพื่อหาแนวทางจัดการเชิงระบบ</li> </ul>		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบแต่ละตัวชี้วัด และตารางติดตาม/รายงานตัวชี้วัดที่รวดเร็วให้ทันต่อสถานการณ์มากขึ้น</li> <li>- ประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักฐานวิชาการในตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินการที่เห็นชอบร่วมกันของทั้งโรงพยาบาล</li> </ul>		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

<u>โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด</u>					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ
กิจกรรมงานสัปดาห์เภสัชกรรม (เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ยั่งยืน)	30,000	PPB			ยกเลิก

สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร

KPI ที่	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
PI ที่	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.อังคณา
	เลขาฯ : พญ.อังคณา/นพ.พงศ์สุรีย์
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 15 พ.ค.63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 35.42	ผ่าน
<u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u> ..... ..... ..... .....		
<u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u> ..... ..... ..... .....		
*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
ประชุมสรุปผลการดำเนินงานของระบบ Refer กำแพงเพชร	-	-	-	ก.ค.-ก.ย.2563	





**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
PI ที่	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.อาชิฎาภัท
	เลขาฯ : พนาริ/สมจิตร(สสอ.)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 20 พ.ค.63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
เครือข่ายอำเภอเมือง ร้อยละ $\geq 19.5$	24.11	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลกำแพงเพชร ร้อยละ $\geq 12$	10.61	ไม่ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> -เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ทำให้หน่วยบริการหลายแห่งรวมทั้งโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้งดให้บริการหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด เช่น การประคบสมุนไพร และการอบไอน้ำสมุนไพร ประกอบกับการงดให้บริการคลินิกนอกเวลา เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อดังกล่าว ทำให้ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกลดลงและไม่ผ่านเกณฑ์		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> - มีการเพิ่มการให้บริการร่วมกับคลินิกอื่นๆภายในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มร้อยละการบริการแพทย์แผนไทย เช่น คลินิกความดัน/เบาหวาน คลินิกstroke - มีการเพิ่มรายการยาสมุนไพรเพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการและเพียงพอต่อการบริการ		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ
โครงการพัฒนาการผลิตลูกประคบสมุนไพรในชุมชน เพื่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร	30,480	กองทุน สปสช. เทศบาลเมืองกำแพงเพชร		กรกฎาคม-กันยายน 2563	
โครงการคลินิกแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่สู่ชุมชน	21,040	กองทุน สปสช. เทศบาลเมืองกำแพงเพชร		กรกฎาคม-กันยายน 2563	

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 33	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต KPI 33 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ ต่อแสน
PI ที่ PI 33.1	PI 33.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี $\geq 85\%$
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.กัลยา
	เลขาฯ : นพวรรณ
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
$\leq 6.3$	5.4	ผ่าน
<u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u> ..... ..... ..... .....		
<u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u> ..... ..... ..... .....		
*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 1 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย จิตเวชปี 2563	109,640	สปสช.	-	-	ยกเลิก

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 34</b>	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired $\leq 30\%$
<b>PI ที่ PI 34.1</b>	PI 34.1 อัตราการได้รับ Fluid resuscitate ภายใน 30 นาที $\geq 90\%$
<b>PI 34.2</b>	PI 34.2 อัตราการได้รับการเก็บ H/C ก่อนให้ antibiotic ภายใน 30 นาที $\geq 90\%$
<b>PI 34.3</b>	PI 34.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ใน 1 ชม. หลังได้รับวินิจฉัย $\geq 90\%$
<b>PI 34.4</b>	PI 34.4 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับวิกฤตย้ายเข้า ICU ภายใน 3 ชม. $\geq 30\%$
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : พญ.กชกร
	เลขาฯ : PCTอายุรกรรม/ มยุรี
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ ..... )</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired $\leq 30\%$	32.71 % (HDC รพ กำแพงเพชร) 23.17 % (PCT อายุรกรรม)	ไม่ผ่าน
PI 34.1 อัตราการได้รับ Fluid resuscitate ภายใน 30 นาที $\geq 90\%$	88.13 %	ไม่ผ่าน
PI 34.2 อัตราการได้รับการเก็บ H/C ก่อนให้ antibiotic ภายใน 30 นาที $\geq 90\%$	94.36 %	ผ่าน
PI 34.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ใน 1 ชม. หลังได้รับวินิจฉัย $\geq 90\%$	92.16 %	ผ่าน
PI 34.4 อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับวิกฤตย้ายเข้า ICU ภายใน 3 ชม. $\geq 30\%$	14.05 %	ไม่ผ่าน

**ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\***

**KPI ที่ 34** อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired  $\leq 30\%$ .....

- ปัจจุบัน ข้อมูลตัวชี้วัดรายงานจากฐานข้อมูล HDC จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งรวมอัตราการตายทั้งหมดของผู้ป่วย sepsis ทุกแผนก ภายใน รพ.กำแพงเพชร ซึ่งโครงการ sepsis ปัจจุบันเก็บข้อมูลเฉพาะภายในแผนกอายุรกรรม ส่งข้อมูลรายงานในภาพโรงพยาบาล ต่อเขต 3.

**KPI ที่ 34.1** อัตราการได้รับ Fluid resuscitate ภายใน 30 นาที 90%.....

- ความไม่สมบูรณ์ของการลงบันทึกข้อมูล/ ภาระงาน.....
- ระบบการจัดเก็บข้อมูล SepNet -3 \*อยู่ในช่วงพัฒนาระบบเพื่อความเสถียร.....

**KPI ที่ 34.4** อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับวิกฤตย้ายเข้า ICU ภายใน 3 ชม.  $\geq 30\%$

- ICU ไม่เพียงพอ เนื่องจากโรงพยาบาลจังหวัดกำแพงเพชรมี ICU โรงพยาบาลเดียวคือโรงพยาบาลกำแพงเพชร

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
1. จัดประชุมอบรมฟื้นฟูความรู้ ด้านการดูแลผู้ป่วยsepsis แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาแพงเพชร และโรงพยาบาลเครือข่ายใน จังหวัดกาแพงเพชร	25,000 บาท	เงินบำรุง	3 มีค.63		
2. ประชุมทบทวนระบบการดูแล ผู้ป่วย sepsis/ sepsis Fast Track สำเร็จภายในแผนกอายุร กรรม	-	เงินบำรุง		กค. – สค. 63	
3. โครงการให้ความรู้และสุข ศึกษาจัดทำสื่อสุขภาพเชิงรุกใน ประชาชนและกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต กิจกรรม จัดทำ CD เผยแพร่ ความรู้,เอกสารแผ่นพับ MEWS score mini card	15,000 บาท	PPB	15 พค. 63		
4. ศึกษาดูงานระบบการดูแล ผู้ป่วย sepsis และระบบ rapid response team รพ.หาดใหญ่	55,000 บาท	เงินบำรุง		สค. 63	
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้นิเทศชุมชน เชิงปฏิบัติการเสริมสร้างเครือข่าย และ PCC	20,000 บาท	เงินบำรุง		กย. 63	

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 36	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด
PI ที่ PI 36.1 PI 36.2	PI 36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMIPI $\leq 9\%$ PI 36.2 การให้การรักษามือผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq 50\%$
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.วรรณพร
	เลขานุการ : PCTหัวใจ/จิราพร
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ .....	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาที่ รพ.กำแพงเพชร(ข้อมูล ณ 1 ต.ค. 2562 – 30 เม.ย. 2563)		
ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วย	
ได้ SK ภายในกำหนดเวลา	11	
ได้ SK เกินกำหนดเวลา	15	

**ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\***

ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาที่ รพ.กำแพงเพชร(ข้อมูล ณ 1 ต.ค. 2562 – 30 เม.ย. 2563)	
ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วย
ได้ SK ภายในกำหนดเวลา	11
ได้ SK เกินกำหนดเวลา	15

**ปัญหาที่พบในกรณีผู้ป่วยได้รับยา SK ล่าช้าเกินกำหนดเวลา**

1. ความล่าช้าจากปัจจัยด้านผู้ป่วยจำนวน 10 ราย

ปัญหาที่พบ	จำนวนผู้ป่วย ( ราย )
1. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือภาวะเร่งด่วนก่อน เช่น Arrest เพื่อ CPR for resuscitation, on ET – tube, repeat EKG	7
2. ผู้ป่วยมาด้วยอาการอื่น ไม่มีอาการของ Angina หรือ Equivalent Angina เช่น GERD , Dyspepsia , COPD	3

2. ความล่าช้าจากปัจจัยด้านระบบการให้การรักษ จำนวน 8 ราย โดยแบ่งตามกระบวนการให้การรักษาดังนี้ คิดเป็น ร้อยละ 53.3 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งหมด (1 รายอาจเกิดความล่าช้ามากกว่า 1 กระบวนการให้การรักษารวมมีความล่าช้าทั้งหมด 28 ครั้ง)

ปัญหาที่พบ	จำนวนครั้ง
1. ประเมินคัดกรอง / ตรวจพบล่าช้า	3 ครั้ง (ร้อยละ 10.7 ) เกิดขึ้นทำการเวลาเที่ยง
2. วินิจฉัยล่าช้า/ผิดพลาด อ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือส่งปรึกษาล่าช้า	9 ครั้ง (ร้อยละ 32.1)
3. ส่งการรักษาด้วยยา SK ล่าช้า	7 ครั้ง (ร้อยละ 25 ) ทั้งหมดเกิดในช่วงบ่ายถึงและวันหยุดราชการ เป็น Case s/p Arrest 2 รายแพทย์ตัดสินใจให้ SK โดยแพทย์เฉพาะทาง 1 รายและอายุรแพทย์



**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 37</b>	-ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
<b>PI ที่ PI 37.1</b>	PI 37.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี $\geq 50\%$
<b>PI 37.2</b>	PI 37.2 อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี $\geq 15\%$
<b>PI 37.3</b>	PI 37.3 อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด
<b>PI 37.4</b>	PI 37.4 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.อัศวพงศ์
	เลขานุ : PCT ศัลยกรรม/ฉีดยา
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<b>ผลการปฏิบัติงาน</b>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ ..... )</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	66.67	ไม่ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	92	ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	66.67	ไม่ผ่าน
PI 37.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี $\geq 50\%$	89.9	ผ่าน
PI 37.2 อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี $\geq 15\%$	21.01	ผ่าน
PI 37.3 อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด	10.75	ผ่าน
PI 37.4 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	12.12	ผ่าน
<b><u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u></b>		
1. สถานการณ์ covid-19 การรณรงค์ social distancing 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความอายในการขอรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3. ทำงานอยู่ต่างจังหวัดแต่รายชื่อยังอยู่ในฐานข้อมูล HDC 5. ขาดความเข้าใจและตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 4. สาเหตุอื่นๆ เช่น สามีไม่ให้ตรวจ เป็นต้น		
<b><u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u></b>		
1. รณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ 2. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกผ่านสื่อต่างๆ เช่น เสียงตามสาย หอกระจายข่าว แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น		

มาตรการแก้ไขปัญหา

ต้นน้ำ (Pre-Hospital)	กลางน้ำ (In-Hospital)	ปลายน้ำ (Post-Hospital)
<p>-มาตรการประชาสัมพันธ์ 5 ทำ 5 ไม่ ทางไกลมะเร็ง และ 7 สัญญาณอันตราย</p> <p>-ร่วมกับจังหวัดและ อปท.ในมาตรการ ลดฝุ่นควันภาคเกษตร</p> <p>-การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT Test ครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>-พัฒนาศักยภาพการคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ระดับ รพ.สต.</p> <p>-โครงการสืบสานพระราชปณิธาน สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม</p> <p>-การคัดกรองมะเร็งปอดด้วยการ เอกซเรย์ในประชากรกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>-พัฒนาระบบการตรวจชิ้นเนื้อและ รายงาน ผลด่วนแบบ Online</p> <p>-การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Colonoscopy</p> <p>-โครงการพัฒนาศักยภาพ รพช.ในการ ทำ u/s เพื่อการคัดกรองมะเร็งตับ</p> <p>-พัฒนาศักยภาพการผ่าตัดมะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่แบบ Minimal invasive Surgery(MIS) การผ่าตัดในเวลาที่กำหนด</p> <p>ร่วมกับ Service Planสาขาศัลยกรรม</p> <p>-พัฒนาศักยภาพด้านการรักษาเคมี บำบัด โดยสหวิชาชีพอ่าง มี ประสิทธิภาพ</p>	<p>-พัฒนาระบบส่งต่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดย ทีม Cancer Nurse Co-ordinator (CNC)ครอบคลุมทุก รพช.ดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2562</p> <p>-พัฒนาร่วมกับ Service Plan Palliative ใน การส่งต่อข้อมูล Family meeting และ แผนการรักษาเป็นคู่มือประจำตัวผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่องไปถึงระดับ รพ.สต.</p> <p>-การพัฒนาระบบ Hospital Base Cancer registry และ Population Base</p>

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด 2 โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการรณรงค์การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เครือข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563	416,150	PBB	5 มีนาคม 63	-	
โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และลำไส้ตรง เครือข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563	100,800	PPB	-	มิถุนายน 63	







**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 41-42	41 ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) $\geq 40\%$ 42 ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง $\geq 50\%$ -ผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.กัลยา
	เลขาฯ : เสาวภา
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 20 เม.ย.63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
41 ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) $\geq 40\%$	44.30	ผ่าน
42 ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง $\geq 50\%$	50	ผ่าน
-ผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	85.7	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 43	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.อังคณา
	เลขาฯ : พญ.สมสุดา*/ มัทนา (ตึกพิเศษฯ)
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ .....	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
60	71.43	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> ..... ..... .....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b> ..... ..... .....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
ไม่มีโครงการของจังหวัดที่ใช้ งบประมาณ แต่เป็นโครงการรวม Service plan IMC ของเขต ใน การเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลใน งานฟื้นฟู ภายในจังหวัดมีเพียง พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล การ ให้คำปรึกษาผ่านทางระบบไลน์ ซึ่งไม่ได้เขียนโครงการขอ งบประมาณ					

สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร

KPI ที่ 44	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.สมเพ็ง
	เลขาฯ : วันดี
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
≥60%	151	ผ่าน
<u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u>		
.....		
.....		
.....		
<u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u>		
.....		
.....		
.....		
.....		
*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการบริจาคอวัยวะ	-	-	-	-	ยกเลิก โครงการ
อบรม ODS MIS ปฏิบัติการ	-	-	-	-	ยกเลิก โครงการ

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	จำนวนคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.อังคณา
	เลขาฯ : อีรวิทย์
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<u>ผลการปฏิบัติงาน</u>		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 20 พค 63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
1. มีคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยเปิดให้บริการอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์	มีคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ทุกวันอังคาร	ผ่าน
2. มีบุคลากรเพียงพอต่อการ (ขั้นต่ำ) ในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์		ผ่าน
- แพทย์ 1 คน	4 คน	
- แพทย์แผนไทย 1 คน	3 คน	
- พยาบาล 1 คน	1 คน	
- เภสัชกร 1 คน	9 คน	
- นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน	1 คน	
- เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ (หน่วยสนับสนุน) 1 คน	1 คน	
- กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด (หน่วยสนับสนุน) 1 คน	1 คน	
3. มีสื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการใช้สารสกัดจากกัญชา		ไม่ผ่าน
- แผ่นพับ 2 เรื่อง	1 เรื่อง	
- ไลน์ 4 เรื่อง	4 เรื่อง	
- วีดีโอ 1 เรื่อง	0 เรื่อง	
4. มีผลงานจากการพัฒนางานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ R2R 1 เรื่อง หรือ CQI 1 เรื่อง	0 เรื่อง	ไม่ผ่าน
5. มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลข้อมูลในการให้บริการรักษา จำเริญ ติดตามผลการรักษา (C-MOPH)	ใช้โปรแกรม C-MOPH ลงทะเบียนและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	ผ่าน
6. มีการจัดทำทะเบียนสารสกัดจากกัญชา สามารถตรวจสอบจำนวนการใช้ไปและคงเหลือ เพื่อการสำรองที่เหมาะสม	มีการจัดทำรายงานและส่งข้อมูลให้กองควบคุมวัตถุเสพติดและลงรายงาน online ในระบบ	ผ่าน

<p><b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำสื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการใช้สารสกัดจากกัญชา ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ แผ่นพับ 1 เรื่อง และ วีดีโอ 1 เรื่อง เนื่องจากคณะกรรมการและผู้จัดทำสื่อ ต้องการข้อมูลปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วย มาใช้วางแผนและ แก้ปัญหาการให้บริการ จึงจะเริ่มดำเนินการทำสื่อเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ปัญหาในขั้นตอนการรับบริการ</li> <li>- ผลงานจากการพัฒนางานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ R2R 1 เรื่อง หรือ CQI 1 เรื่อง ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากที่ผ่าน มาเป็นช่วงของการจัดตั้งและพัฒนาการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ จึงมีข้อมูลที่ทำวิจัยและพัฒนาไม่เพียงพอ</li> </ul>
<p><b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชุมคณะกรรมการทุกเดือน เพื่อสรุปผลการให้บริการและปัญหาที่พบ และนำข้อมูลมาจัดทำสื่อให้ความรู้และ ประชาสัมพันธ์ ทำให้การบริการเป็นไปอย่างราบรื่นและผู้ป่วยพึงพอใจ</li> <li>- วางแผนเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้เห็นถึงปัญหาและโอกาสพัฒนา</li> </ul>
<p><b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b></p>

<p><b>ประเด็นติดตามย่อย</b></p>	<p>1.โรงพยาบาลจังหวัดควรเปิดให้บริการทั้งแบบแผนไทยซึ่งรวมถึงของอาจารย์ เดชา ด้วยและให้ทั้ง 2 แบบมีการประสานข้อมูลคนไข้การส่งต่อคนไข้ซึ่งกันและกัน เพื่อเพิ่มจำนวนคนไข้ ให้มากขึ้น</p>
<p><b>สรุปผลการพัฒนา / ปรับปรุงงานตาม ข้อเสนอแนะ</b></p>	<p>- โรงพยาบาลกำแพงเพชรจัดให้มีการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ในวัน เดียวกัน (ทุกวันอังคาร) เวลา 13.30 – 16.00 น. โดยที่มีแนวทางส่งต่อการรักษาผู้ป่วยซึ่งกันและกัน หากผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การใช้ THC แพทย์แผนปัจจุบันประเมินสภาวะผู้ป่วย ตรวจร่างกายและผลทาง ห้องปฏิบัติการ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์แผนไทยได้รับการรักษาและติดตามอาการต่อ</p> <div data-bbox="434 1057 1382 1594" data-label="Diagram"> <p><b>แนวทางการให้บริการ</b> คลินิกให้คำปรึกษา กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย</p> </div>
<p><b>ประเด็นติดตามย่อย</b></p>	<p>2.โรงพยาบาลชุมชนให้มีการขออนุญาตเพื่อดำเนินการให้เรียบร้อยทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนไทย รวมถึงของอาจารย์เดชาด้วย และให้ทั้ง 2 แบบมีการประสานข้อมูลคนไข้ การส่งต่อคนไข้ของกันและกัน เพื่อเพิ่มจำนวนคนไข้ให้มากขึ้น</p>
<p><b>สรุปผลการพัฒนา / ปรับปรุงงานตาม ข้อเสนอแนะ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลกำแพงเพชรดำเนินการขอตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาผสมอยู่ ได้แก่ ตำรับยาสุขไสยาสน์ และตำรับยาทำลายพระสุเมรุ เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการ</li> <li>- มีแนวทางการรับผู้ป่วยรักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน โดยแจ้งให้ส่งต่อมาในวันอังคาร เวลา 13.30 – 16.00 น. ซึ่งเป็นวันที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</li> </ul>

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด .....3..... โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
โครงการวิจัยและพัฒนา (R2R, CQI) งานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผน ปัจจุบันและแผนไทย			-	กันยายน 63	-
จัดทำสื่อให้ความรู้และ ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการใช้สาร สกัดจากกัญชาทางการแพทย์ เช่น แผ่นพับ ป้ายไว้นิล วีดีโอ เป็นต้น			ตุลาคม 62 - มกราคม 63	สิงหาคม 63 (แผ่นพับ 1 เรื่อง และวีดีโอ 1 เรื่อง)	-
ส่งบุคลากรอบรมหลักสูตร การใช้ สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และ การใช้โปรแกรม C-MOPH			ตุลาคม 62 - มีนาคม 63	-	-

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

<b>KPI ที่ 46</b>	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) $\leq 12\%$ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
<b>PI ที่ PI 46.1</b>	PI 46.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที $\geq 80\%$
<b>PI 46.2</b>	PI 46.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน $< 2$ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 $\geq 60\%$
<b>PI 46.3</b>	PI 46.3 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS $\leq 8$ ) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 $\leq 45\%$
<b>PI 46.4</b>	PI 46.4 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน) $\geq 80\%$
<b>PI 46.5</b>	PI 46.5 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) $\geq 80\%$
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	ประธาน : นพ.อัครพงศ์/นพ.พงศ์สุรีย์
	เลขาฯ : นพ.พงศ์สุรีย์
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

<u>ผลการปฏิบัติงาน</u>		
<b>เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด</b>	<b>ผลงาน (ณ วันที่ มีนาคม 2563)</b>	<b>หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )</b>
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) $\leq 12\%$ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	14.59	ไม่ผ่าน
PI 46.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที $\geq 80\%$	47.44	ไม่ผ่าน
PI 46.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน $< 2$ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 $\geq 60\%$	87.24	ผ่าน
PI 46.3 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS $\leq 8$ ) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 $\leq 45\%$	34.45	ผ่าน
PI 46.4 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน) $\geq 80\%$	100	ผ่าน
PI 46.5 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) $\geq 80\%$	80	ผ่าน

ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\*

- ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมมีความแออัดและจำนวนผู้ป่วยหนักในแผนกอายุรกรรมมีจำนวนมากโดยเฉพาะผู้ป่วย FT Sepsis ผู้ป่วย Pneumonia
- เกณฑ์การผ่าตัด Neuro FT ยังไม่ชัดเจน อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนา

แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\*

- นำข้อมูลที่ได้นำเสนอกับ PCT อายุรกรรม เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตมา 5 อันดับโรค
- พัฒนาระบบ Neuro FT เริ่มใช้เดือน มิ.ย.63 (CFG Trauma Neuro และ Trauma FT)

\*\*\* หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้ นะคะ

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ

สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร

KPI ที่	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : วิเศษ
	เลขาฯ : ปัทมา
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
<u>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u>		
.....		
.....		
.....		
<u>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</u>		
.....		
.....		
.....		
.....		
*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ตัวชี้วัดย่อย -รพศ./รพท. ร้อยละ 100 -กรม
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.ชินานาฏ
	เลขาฯ : จงรักษ์
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
ผ่านการประเมินคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาล	อายุการรับรอง 3 ปี (25 กค. 60-24 กค. 63) <b>หมายเหตุ</b> เนื่องจากช่วงขอรับการ ประเมินคุณภาพ ครั้งที่ 4 ติดสถานการณ์โควิด ดังนั้น สรพ. จึงยืดอายุการรับรองถึง 24 กค. 64	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา / ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 8 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
1. โครงการแถลงนโยบายผู้บริหาร สู่ผู้ปฏิบัติ ประจำปี 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร	97,000	เงินบำรุง	รุ่นที่ 1: 21 ม.ค. 63 รุ่นที่ 2-3: 12-13 ก.พ. 63 รุ่นที่ 4:	-	-

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 8 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการ แล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิก โครงการ
			17 ก.พ. 63		
2. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ แนวทางการพัฒนาคุณภาพของ หน่วยงานด้านสนับสนุน โรงพยาบาลกำแพงเพชร	18,000	เงินบำรุง	25-27 มี.ค. 63	-	-
3. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ แนวทางการพัฒนาคุณภาพของ หน่วยงานด้านคลินิก โรงพยาบาล กำแพงเพชร	19,200	เงินบำรุง	-	รอสถานการณ์โควิด	-
4. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ แนวทางการพัฒนาคุณภาพของ ทีม PCT และทีมเฉพาะด้าน โรงพยาบาลกำแพงเพชร	36,000	เงินบำรุง	-	รอสถานการณ์โควิด	-
5. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ด้านการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล ประจำปี 2563โรงพยาบาลกำแพงเพชร (IC day)	60,000	เงินบำรุง	-	รอสถานการณ์โควิด	-
6. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ บริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อความ ปลอดภัย และความยั่งยืน รพ.กพ. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการ ความเสี่ยงใน รพ.	80,000	เงินบำรุง	-	รอสถานการณ์โควิด	-
7. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อรับการประเมินคุณภาพ (Re- Accreditation) โรงพยาบาล กำแพงเพชร ครั้งที่ 4	214,000	เงินบำรุง	-	-	ยกเลิก
8. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเยี่ยมสำรวจระบบงานสำคัญ (Focus) โรงพยาบาลกำแพงเพชร	70,000	เงินบำรุง	-	-	ยกเลิก



**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : พญ.ชินานาฏ
	เลขาฯ : ทีม HRD/ รัชนีกร
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ ..... )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
รพ.กพ .75%	ปี 2560=58.42%	ไม่ผ่าน
(กสธ. 50%)	2562=59.71%	ผ่าน
<p><b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b></p> <p>จากผลการประเมินดัชนีความสุขของบุคลากร ในปี 2560,2562 พบว่า Happy Money และ Happy Relax เป็นมิติที่มีความสุขน้อยที่สุด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัญหาของ Happy Money อาจเกิดจากในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานหรือลูกจ้างมีรายได้ต่อเดือนน้อย แต่มีรายจ่ายมาก ทำให้ไม่เกิดความสมดุลในการใช้จ่าย ทำให้เกิดรายจ่ายมากกว่ารายได้ ไม่มีเงินออมหรือมีแต่น้อยมาก</li> <li>- ปัญหา Happy Relax อาจต่อเนื่องมาจากปัญหา Happy Money ด้วยส่วนหนึ่งคือ ต้องทำงานมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ให้เพียงพอกับรายจ่าย หรือด้วยภาระงานที่มากทำให้ต้องขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เวลาพักผ่อนเลยมีน้อยกว่าที่ควร</li> </ul> <p><b>** ในปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขไม่ทำการสำรวจดัชนีความสุขของบุคลากร</b></p> <p><b>แนวทางการพัฒนา /ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดอบรมการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย คำนวณเงินที่ควรจะต้องเก็บไว้ใช้ในอนาคตเมื่อไม่ได้ทำงาน</li> <li>- มีการจัดกำลังหมุนเวียนอัตรากำลังในตึกที่มีผู้รับบริการน้อยกว่าไปช่วยตึกที่มีผู้รับบริการมากกว่าหรือในตึกที่มีอัตราครองเตียงเกิน 100%</li> </ul>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด					
มีทั้งหมด 2 โครงการ ดังนี้					
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ
โครงการทำงานอย่างไรกายใจเป็นสุข	70,000	เงินบำรุง		รอสถานการณ์ COVID คลี่คลาย	
โครงการสร้างสุขด้วยสติในองค์กรอย่างยั่งยืน ปีงบประมาณ 2563	30,000	เงินบำรุง		รอสถานการณ์ COVID คลี่คลาย	

**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
PI ที่ PI	
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.สมเพ็ง
	เลขาฯ : คกก.ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน/ชื่นใจ
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ .....	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
มากกว่า 85 %	85.89ครั้งที่1 85.15ครั้งที่2	ผ่าน

ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย\*\*\*

.....

.....

.....

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน		
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอ ดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะ ดำเนินการ เมื่อใด)	ยกเลิกโครงการ
1.โครงการพัฒนาความสมบูรณ์ เวชระเบียนองค์กรแพทย์ (องค์กรแพทย์)	43,200	เงินบำรุง โรงพยาบาล กำแพงเพชร	27 กพ2563	เม.ย. – มิ.ค63 (1 วัน)	
2.โครงการประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้สู่ระบบคุณภาพข้อมูล ผู้ป่วยในจาก TDRGs6.3 (งานสวัสดิการสังคม)	30,000	***งบสนับสนุน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์ 20,000 ***เงินบำรุง โรงพยาบาล กำแพงเพชร 10,000 บาท	สค 2562		



**สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด รอบ 2 ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร**

KPI ที่ 64	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
PI ที่ PI 64.1	PI 64.1 จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลต่างระหว่างแผนรายได้กับรายได้จริงไม่เกินร้อยละ 5 $\geq 70\%$
PI 64.2	PI 64.2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลต่างระหว่างแผนรายจ่ายกับรายจ่ายจริงไม่เกินร้อยละ 5 $\geq 70\%$
PI 64.3	PI 64.3 จำนวนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การเงินการคลัง $\geq 65\%$
ผู้รับผิดชอบ	ประธาน : นพ.อัครพงศ์
	เลขานุการ : รุ่งวันเพ็ญ
	หมายเลขโทรศัพท์สำหรับประสานงาน :

ผลการปฏิบัติงาน		
เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	ผลงาน (ณ วันที่ 31 มี.ค.63 )	หมายเหตุ (ระบุ ผ่าน/ไม่ผ่าน )
PI 64.1 จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลต่างระหว่างแผนรายได้กับรายได้จริงไม่เกินร้อยละ 5 $\geq 70\%$	20.75%	ไม่ผ่าน
PI 64.2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลต่างระหว่างแผนรายจ่ายกับรายจ่ายจริงไม่เกินร้อยละ 5 $\geq 70\%$	4.08%	ผ่าน
PI 64.3 จำนวนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การเงินการคลัง $\geq 65\%$	ผ่าน 5 ข้อ	ผ่าน
<b>ปัญหา / อุปสรรค / เหตุผล ที่ทำให้ผลงาน “ไม่ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
<b>แนวทางการพัฒนา /ปรับปรุงงานให้ “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย***</b>		
.....		
.....		
.....		
.....		
<b>*** หากผลงาน “ผ่าน” เกณฑ์เป้าหมาย ไม่ต้องเติม 2 ช่องนี้คะ</b>		

โครงการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด						
มีทั้งหมด ..... โครงการ ดังนี้						
ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ (บาท)	การดำเนินงาน			ยกเลิกโครงการ
			ดำเนินการแล้ว (ระบุวันที่)	กำลังรอดำเนินการ (ระบุวันที่ว่าจะดำเนินการเมื่อใด)		