



เอกสารประกอบการตรวจคุณภาพงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

คปสอ.หนองใหญ่

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ ๙ เดือน

(ตุลาคม ๒๕๖๒ – มิถุนายน ๒๕๖๓)

คำนำ

เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 (รอบ 9 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม 2562 ถึง มิถุนายน 2563) ของ คปสอ.หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี เล่มนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการ สรุปผลการปฏิบัติงานของ คปสอ.หนองใหญ่ เพื่อนำเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในการประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบ 9 เดือน โดยเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วยบทสรุปผู้บริหาร ข้อมูลทั่วไปของอำเภอหนองใหญ่ สรุปผลการประเมินตนเองรายตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติงานรายตัวชี้วัด และปัญหา อุปสรรค แนวทางการ แก้ไขปัญหาที่ พบ รวมถึง นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองใหญ่ สาธารณสุขอำเภอหนองใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และคณะผู้จัดทำทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และการประสานงาน กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ รวมถึงพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ ในการปฏิบัติงานมาโดยตลอด รวมทั้งสรุปผลการปฏิบัติงาน ตามคำ รับรองการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2563 (รอบ 9 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม 2562 ถึง มิถุนายน 2563) ของหน่วยบริการ และขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่กรุณาลงมาตรวจ เยี่ยม แนะนำและให้ บริการต่างๆ

คปสอ.หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ด้านสาธารณสุขของหน่วยงานทุกระดับ รวมทั้งเป็นข้อมูลนำ เข้าในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขใน คราวต่อไป

คปสอ.หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี
มิถุนายน 2563

สารบัญ

| | |
|---|----|
| คำนำ | ก |
| สารบัญ..... | ข |
| บทสรุปผู้บริหาร..... | |
| สรุปผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 | |
| ชื่อตัวชี้วัด : 1 ร้อยละของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัย แม่และ เด็ก..... | 1 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 2 การลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี..... | 5 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 4 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ..... | 10 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 5 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ..... | 13 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 6 จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่..... | 14 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมดัน..... | 15 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (Screening and Early Detection) (มะเร็งปากมดลูก,มะเร็งเต้านม,และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)..... | 17 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 9 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)..... | 19 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 10 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด..... | 23 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 11 อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ครบ 6 ประเด็น..... | 24 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 12 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการที่บ้านมีคุณภาพชีวิต ที่ดี..... | 26 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 13 ระดับความสำเร็จของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track คุณภาพของโรคหลอดเลือด สมอง..... | 27 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 14 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่..... | 28 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 15 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ..... | 29 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 16 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการการดื้อยา ต้านจุลชีพ..... | 30 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 17 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | 33 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 18 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired..... | 34 |

| | |
|---|----|
| ชื่อตัวชี้วัด : 19 ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทางถนน | 36 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ..... | 39 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 22 ระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากรได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด..... | 41 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 23 หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA..... | 42 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 24 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการ. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข..... | 43 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 26 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital..... | 44 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 27 ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง..... | 45 |
| ชื่อตัวชี้วัด : 28 ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ น าไปใช้ประโยชน์..... | 46 |

บทสรุปผู้บริหาร

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้จัดทำยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2563 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 11 กลยุทธ์ 28 ตัวชี้วัด โดย คปสอ.หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรีได้ลงนามตามคำ รับรอง การปฏิบัติราชการและบันทึกข้อตกลงร่วมมือในการปฏิบัติงานพัฒนาด้านสุขภาพกับ คปสอ.หนองใหญ่ เป็น ระยะเวลา 9 เดือน (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึง มิถุนายน 2563) และได้สรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม ของ คปสอ.หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี แยกตามยุทธศาสตร์ดังนี้

| | | | | |
|------------------------------------|--------------|----|-----------|---------------------|
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 จำนวน 10 ตัวชี้วัด | ผ่านเกณฑ์ | 9 | ตัวชี้วัด | |
| | ไม่ผ่านเกณฑ์ | 1 | ตัวชี้วัด | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 9 ตัวชี้วัด | ผ่านเกณฑ์ | 7 | ตัวชี้วัด | |
| | ไม่ผ่านเกณฑ์ | 2 | ตัวชี้วัด | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3 จำนวน 3 ตัวชี้วัด | ผ่านเกณฑ์ | 2 | ตัวชี้วัด | |
| | ไม่ผ่านเกณฑ์ | 1 | ตัวชี้วัด | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 4 จำนวน 3 ตัวชี้วัด | ผ่านเกณฑ์ | 3 | ตัวชี้วัด | |
| | ไม่ผ่านเกณฑ์ | - | ตัวชี้วัด | |
| สรุปตัวชี้วัด 25 ตัวชี้วัด | ผ่านเกณฑ์ | 21 | ตัวชี้วัด | คิดเป็นร้อยละ 84.00 |
| | ไม่ผ่านเกณฑ์ | 4 | ตัวชี้วัด | คิดเป็นร้อยละ 16.00 |

ตามตารางแสดงรายละเอียดตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด ดังนี้

| ลำดับ | KPI | เป้าหมายปี 2563 | ผลการดำเนินงาน | | |
|-------|--|----------------------|----------------------|------|---------|
| | | | ผลงาน | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| | ยุทธศาสตร์ที่ 1 PP&P Excellent | | | | |
| 1 | ร้อยละของโรงพยาบาล/รพสต.ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก | | | | |
| | 2.1 เจริญปริมาณ (ร้อยละ 30) | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| | 2.2 เจริญคุณภาพ (ร้อยละ 70) | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| 2 | อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี | | | | |
| | 2.1 เจริญปริมาณ | <34/พัน ปชก | 19.60 | / | |
| | 2.2 เจริญคุณภาพ 60 คะแนน (ร้อยละ 60) | ระดับ 4 | ระดับ 5 | / | |
| 4 | ระดับความสำเร็จความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) | ระดับ 3 | ระดับ 5 | / | |
| 5 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอที่มีคุณภาพ | ระดับ 3 | ระดับ 4 | / | |
| 6 | จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ | | | | |
| | 6.1 เจริญปริมาณ | ≥ ร้อยละ 50 | ร้อยละ 18.59 | | / |
| | 6.2 เจริญคุณภาพ | ระดับ 5 | ระดับ 4 | | / |
| | | | | | |
| 7 | ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | | | | |
| | 7.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ | ≥ ร้อยละ 40 | ร้อยละ 28.70 | | / |
| | 7.2 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | ≥ ร้อยละ 50 | ร้อยละ 42.28 | | / |
| | 7.3 เจริญคุณภาพ | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| 8 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง และป้องกันโรคมะเร็ง (Screening and Early Detection) | | | | |
| | 8.1 ตรวจเต้านม (BSE) | ≥ ร้อยละ 80 | ร้อยละ 86.57 | / | |
| | 8.2 ตรวจเต้านม (CBE) | ≥ ร้อยละ 80 | ร้อยละ 86.56 | / | |
| | 8.3 ตรวจปากมดลูกครอบคลุมเป้าหมาย | ≥ ร้อยละ 20 | ร้อยละ 11.07 | | / |
| | 8.6 เจริญคุณภาพ | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| 9 | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | | | | |
| | 9.2 เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม | ≥ ร้อยละ 60 | ร้อยละ 82.2 | / | |
| | 9.3 เจริญคุณภาพ | ระดับ 3 | ระดับ 5 | / | |
| 10 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความ ปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| 11 | อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริการจัดการปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ครบ 6 ประเด็น | ผ่านครบ 6 ประเด็น | ผ่านครบ 6 ประเด็น | / | |

| ลำดับ | KPI | เป้าหมายปี 2563 | ผลการดำเนินงาน | | |
|-------|--|--------------------------------------|---|------|-----------|
| | | | ผลงาน | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| | ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellent | | | | |
| 12 | ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.ประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 100 | / | |
| 13 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร | (ร้อยละ50) ระดับ 3 | ร้อยละ 94.44 ระดับ 5 | / | |
| 14 | อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | ร้อยละ 88 | ร้อยละ 50 | | / |
| 15 | อัตราการครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นผู้ | ร้อยละ 87.5 | ร้อยละ 41.67 | | / |
| 16 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผลและการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ | รพ./สสอ. ระดับ 3 รพ.สต.ระดับ 4 | รพ.ระดับ 4 สสอ./รพ.สต. ระดับ 5 | / | |
| 17 | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ร้อยละ 19.5 | ร้อยละ 25.96 (รพ.26.97 รพ.สต.25.96) | / | |
| 18 | อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired | < ร้อยละ 28 | 10.29 | / | |
| 19 | ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทางถนน (NCD) | | | | |
| | 19.1 เชิงปริมาณ | < ร้อยละ 12 | 2.61 | / | |
| | 19.2 เชิงคุณภาพ | ระดับ 5 | ระดับ 5 | / | |
| 20 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ | | | | |
| | 20.1 เชิงปริมาณ | ลดลงร้อยละ5 | +2.73 | | / |
| | 20.2 เชิงคุณภาพ | ระดับ 3 | ระดับ 3 | / | |
| | | | | | |
| | ยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellent | | | | |
| 22 | ระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| | 22.1 เชิงปริมาณ | ระดับ 3 | ระดับ 4 | / | |
| | 20.2 เชิงคุณภาพ | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| 23 | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ร้อยละ 90 (ประเมินไตรมาส 4) | รพ.ร้อยละ 84.62 สสอ.ร้อยละ 65.38 | | /ไตรมาส 3 |
| 24 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด | ระดับ 5 | ระดับ 5 | / | |

| ลำดับ | KPI | เป้าหมายปี 2563 | ผลการดำเนินงาน | | |
|-------|--|--------------------|-----------------------------|-----------|----------|
| | | | ผลงาน | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| | ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellent | | | | |
| 26 | ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital | ผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ | ผ่านเกณฑ์ 6 ข้อ | / | |
| 27 | ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง | | | | |
| | 27.1 ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง 7 ระดับ | ระดับ 1 / | ระดับปกติ | / | |
| | 27.2 ผลต่างของแผน planfin | ไม่เกินร้อยละ5 | รับ -0.89/จ่าย 3.18 | / | |
| | 27.3 ต้นทุนบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน | ไม่เกินเกณฑ์ | ไม่เกินเกณฑ์ | | / |
| 28 | ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้ หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ | ระดับ 4 | ระดับ 4 | / | |
| | เชิงคุณภาพ | ระดับ 4 | สสอ. ระดับ 3 รพ. ระดับ 4 | / | |
| | สรุปตัวชี้วัด | | จำนวน | 21 | 4 |
| | | | | 86.00 | 16.00 |



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองพลู
อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลทั่วไป

ที่ตั้ง ๒๖ หมู่ ๑ ต.คลองพลู อ.หนองใหญ่ จ.ชลบุรี

จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ๒ หมู่บ้าน

จำนวนหลังคาเรือน ๖๕๕ หลังคาเรือน

จำนวนประชากร ๒,๕๓๖ คน

ชาย ๑,๒๗๖ คน

หญิง ๑,๒๖๐ คน

บุคลากร รพ.สต. ๕ คน ประกอบด้วย

- นางสาวรสสุคนธ์ ทองโต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

- น.ส.สร้อยสองงค์ ป้อมประสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

- น.ส.ปัญญา หลอดแก้ว นวก.สาธารณสุข(ลูกจ้างชั่วคราว)

- น.ส.สุธินิ วัฒนโกคาสิน นวก.ทันตสาธารณสุข(ลูกจ้างชั่วคราว)

- น.ส.ดวงตา เมธยะวิบูลย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (พกส.)

สัดส่วน นสค. ๑ : ๖๓๔ คน

อาสาสมัครสาธารณสุข ๒๙ คน

สัดส่วน ๑:๒๒ หลังคาเรือน

โรงเรียนประถมศึกษา ๑ แห่ง นักเรียน ๓๒๗ คน

สถานประกอบการ ๒ แห่ง

ศูนย์เด็กเล็ก ๑ แห่ง จำนวนเด็ก ๒๕ คน

วัด ๒ แห่ง พระภิกษุ ๑๘ รูป

สำนักสงฆ์ ๑ แห่ง พระภิกษุ ๕ รูป



ชมรมสร้างสุขภาพ ๑ ชมรม สมาชิก ๓๒ คน

ชมรมผู้สูงอายุ ๑ ชมรม สมาชิก ๒๖๐ คน



เป้าหมายตาม WECANDO

| กลุ่มเป้าหมาย | จำนวน..คน |
|------------------------|-------------------|
| W=วัยทำงาน | ๙๒๔ |
| E=วัยเรียน | ๒๕๔ |
| C=เด็ก ๐-๕ ปี | ๑๖๖ |
| A=หญิงตั้งครรภ์ | ๑๒ |
| N=ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | DM = ๑๑๙, HT= ๒๘๓ |
| D=ผู้พิการรวม.. | ๘ |
| O=ผู้สูงอายุรวม. | ๓๗๕ |
| (ติดบ้าน../ติดเตียง..) | ๒/ ๓ |

สรุปผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ๒๕๖๓
ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ดังนี้

- ร้อยละ ≥ ๔๐ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ผลการดำเนินงาน **ร้อยละ ๓๒.๗๗**
- ร้อยละ ≥ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ผลการดำเนินงาน **ร้อยละ ๔๙.๑๒**
- ร้อยละ ๑๐๐ สตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ผลการดำเนินงาน **ร้อยละ ๒๗.๑๗**

รพ.สต.คลองพลู เป็น รพ.สต. เป็น PCU มีแพทย์ออก

ตรวจทุกวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ ๒ และ ๔ ของทุกเดือน

-งบ UC ที่ได้รับจัดสรรจาก CUP ปี ๖๒ ๖๒๔,๘๗๕ บาท

-งบ UC ที่ได้รับจัดสรรจาก CUP ปี ๖๓ ๗๑๙,๗๓๓ บาท

-งบยา/เวชภัณฑ์ ปี ๖๓ ๑๖๑,๓๔๒.๘๖ บาท

รวมเงินบำรุงคงเหลือ **๔๔๔,๐๖๒.๓๓ บาท**

สถิติการมารับบริการ ๓ ปีย้อนหลัง ของรพ.สต.

| ปีงบประมาณ | จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด | เฉลี่ยต่อเดือน |
|------------|----------------------------|----------------|
| ๒๕๖๑ | ๑๐,๖๖๓ | ๘๘๘ |
| ๒๕๖๒ | ๑๑,๓๕๙ | ๙๔๖ |
| ๒๕๖๓ | ๑๐,๐๙๖ | ๑,๐๐๒ |

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและการแก้ไข

๑. โรคไข้เลือดออก จำนวน ๕ ราย มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกปี ๒๕๖๓ เท่ากับ ๑๙๗.๑๖ ต่อแสนประชากร มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

๒. โรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง) ปัญหาการคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA๑C) และการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์

๓. โรคโควิด-๑๙ พบผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ปี ๒๕๖๓ ๒ ราย

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

๑. ประตุรัว รพ.สต. ๒. เครื่องมือทางทันตกรรม

๒. บ้านพักเจ้าหน้าที่ ๔. โรงจอดรถ



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสก อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี



ข้อมูลทั่วไป

ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาสก รับผิดชอบประชากรทั้งหมด ๑,๖๔๖ คน แบ่งเป็น ชาย ๘๑๒ คน หญิง ๘๓๔ คน ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างในสถานประกอบการ รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ยางพาราและปาล์ม รับผิดชอบ ๒ หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือน ๔๕๙ หลังคาเรือน

สัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรที่รับผิดชอบ ๑ : ๕๔๙

หมายเหตุ ประชากรเคลื่อนย้าย ๖๕๐ คน แรงงานข้ามชาติ (กัมพูชา,พม่า,ลาว) ประมาณ ๔๐๐ คน

อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ๓ คน ประกอบด้วย

- นางสาวพิชญภรณ์ อนนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- นางระวีนันท์ พชรทองปลิว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
- นางสาวสุภาวิตา ปัทมาภา นักวิชาการสาธารณสุข (พกส.)

ข้อมูลด้านทรัพยากร

- โรงเรียนประถมศึกษา (ขยายโอกาส)จำนวน ๑ แห่ง (สังกัด อบจ.)
- องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสก จำนวน ๑ แห่ง
- วัด/สำนักสงฆ์ จำนวน ๑/๑ แห่ง
- สถานประกอบการ (ฟาร์มไก่) จำนวน ๓ แห่ง
- สวนอุตสาหกรรมมังกรทอง จำนวน ๑ แห่ง
- กลุ่มอุตสาหกรรมไทยอีสเทิร์น จำนวน ๑ แห่ง
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเขาสก จำนวน ๑ แห่ง
- ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาสก จำนวน ๑ ชมรม
- อสม. จำนวน ๑๔คน

(๑ : ๓๓ หลังคาเรือน)

สรุปผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี ๒๕๖๓ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ดังนี้

- ร้อยละ ≥ ๔๐ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ผลการดำเนินงาน **ร้อยละ ๓๑.๖๗**
- ร้อยละ ≥ ๕๐ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ผลการดำเนินงาน **ร้อยละ ๓๕.๕๗**
- ร้อยละ ๑๐๐ สตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รายใหม่สะสมในปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ผลการดำเนินงาน **ร้อยละ ๑๑.๗๓**

สถานการณ์ด้านการเงินของรพ.สต.ย้อนหลัง 3 ปี

| ปีงบประมาณ | ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ของปีงบประมาณ | | | |
|------------|--|---------------------|-------|-------------------|
| | รายรับทั้งปี (บาท) | รายจ่ายทั้งปี (บาท) | ค่า/๐ | เงินคงเหลือ (บาท) |
| ๒๕๖๑ | ๙๑๒,๑๕๙.๖๖ | ๖๔๕,๔๑๑.๔๒ | ๑.๔๑ | ๕๐๒,๒๑๔.๙๗ |
| ๒๕๖๒ | ๗๐๒,๘๕๕.๑๓ | ๖๑๐,๓๐๕.๒๖ | ๑.๑๕ | ๕๙๓,๗๖๔.๘๔ |
| ๒๕๖๓ | ๔๗๙,๙๙๓.๙๙ | ๕๔๘,๖๑๖.๖๑ | ๐.๘๗ | ๕๒๕,๑๔๒.๒๒ |

ปีงบประมาณ๒๕๖๓ ยอดเงิน ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- ไข้เลือดออก
- มะเร็ง
- อุบัติเหตุจากการจราจร



ผลการดำเนินงานเด่น

การจัดตั้งกองทุน "ร่วมใจ ปันสุข คลายทุกข์แก่ผู้ป่วยและคนเขาสก" เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานเบื้องต้น ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดเตียง ติดบ้าน ให้ผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค ต่อเนื่องเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างสะดวก

ผลการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยติดเตียง ติดบ้านได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยยกยืมใช้
- จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำรองไว้หากมีผู้ป่วยติดเตียง ติดบ้านรายใหม่
- จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สิ้นเปลืองไว้จำหน่ายให้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชุดทำแผล เป็นต้น โดยจำหน่ายในราคาทุนและผ่อนชำระได้
- เยี่ยมสร้างขวัญให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งเยี่ยมตามเทศกาลต่างๆ เช่น วันพ่อ วันแม่ ปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น

ข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ติดบ้าน

ติดเตียง ๓ คน
ติดบ้าน ๗ คน



แบบสรุปละเอียดคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด ปริมาณ รพช. | หน่วย | เกณฑ์การประเมิน | โรงพยาบาลหนองใหญ่ | สตอ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านหัวมระระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา | หมายเหตุ |
|-----|---|--------|-----------------|-------------------|--------------|---------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|----------|
| 1 | ร้อยละของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่ | | | | | | | | | | | | | | |
| | - หน่วยบริการทั้งหมด (แห่ง) | แห่ง | | 1 | 9 | | | | | | | | | | |
| | - ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (แห่ง) | แห่ง | | 1 | 8 | | | | | | | | | | |
| | - ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก | ร้อยละ | 100.00 | 100.00 | 88.89 | | | | | | | | | | |
| | คะแนนรวม | | | ระดับ 5 | ระดับ 5 | | | | | | | | | | |
| | เป้าหมาย ระดับ 4 | | | ผ่าน | ผ่าน | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมายการประเมิน ระดับ 5 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์การประเมิน.....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด คุณภาพ รพช. | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|----------|--|-------------|-------------|------------|
| 1 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เชิงคุณภาพ 70 คะแนน | | | |
| | การบริหาร | | | |
| | 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ MCH.B อำเภอ ประกอบด้วยแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการ /อื่นๆ (5 คะแนน) | 5 | 5 | |
| | 2.มีรายงานการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง (5 คะแนน) | 5 | 5 | |
| | การวิเคราะห์ | | | |
| | 1. มีวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงหรือไม่ผ่านเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอด (5 คะแนน) | 5 | 5 | |
| | 2. มีมาตรการแก้ไขตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงหรือไม่ผ่านเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์/คลอด/หลังคลอด เช่น ทารกน้ำหนักน้อย, ทารกคลอดก่อนกำหนด,ภาวะ การขาดออกซิเจน,ภาวะ โลหิตจาง (15 คะแนน) | 15 | 15 | |
| | กระบวนการ สถานบริการจัดบริการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อขมมาตรฐานระบบบริการคุณภาพ ดังนี้ | | | |
| | คลินิกหญิงตั้งครรภ์ | 5 | 5 | |
| | -สอนสาธิตให้แม่ทุกคนมีทักษะจตุกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และแปรรผลได้ (5 คะแนน) | | | |
| | -สอนสาธิตให้แม่ทุกคนมีทักษะจัดอาหารหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ที่เหมาะสม (5 คะแนน) | 5 | 5 | |
| | -สอนสาธิตการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ (5 คะแนน) | 5 | 5 | |
| | -มีแผนการสอนให้ความรู้มารดาดูแลตนเองเฉพาะรายโรค เช่น กลุ่มโรคความดันสูงมารดาต้องดูแลตัวเองอย่างไร (10 คะแนน) | 10 | 10 | |
| | ผลงาน | | | |
| | 1.มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาในกลุ่มเสี่ยงเฉพาะโรค ตามพื้นที่ตนเองอย่างน้อย 1 เรื่อง (15 คะแนน) | 15 | 15 | |
| | คะแนนรวม | 70.0 | 70.0 | 0.0 |

สรุป เป้าหมายการประเมิน ระดับ 4 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์การประเมิน.....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

3

| KPI | ตัวชี้วัด สศอ. | คะแนนเต็ม | สศอ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|-----------|--------------|----------|
| 1 | ร้อยละของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก | | | |
| | การบริหาร | | | |
| | 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานกลุ่มวัย (5 คะแนน) | 5 | 5 | |
| | 2.มีรายงานการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง (10 คะแนน) | 10 | 10 | |
| | การวิเคราะห์ | | | |
| | 1. มีการสรุปวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงหรือไม่ผ่านเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด ของทุก รพสต. (10 คะแนน) | 10 | 10 | |
| | 2. มีสรุปผลงานและแนวทางการแก้ไขตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงหรือไม่ผ่านเกณฑ์ของทุก รพสต. (15 คะแนน) | 15 | 15 | |
| | 2.1 ANCก่อน 12 สัปดาห์ (>75%) | | | |
| | 2.2 มารดาฝากท้องครบ 5 ครั้ง (>75%) | | | |
| | 2.3 มารดาได้รับการตรวจหลังคลอดครบ 3 ครั้ง (>65%) | | | |
| | 2.4 เด็กได้รับนมแม่ 6 เดือน (>50%) | | | |
| | กระบวนการ | | | |
| | 1.มีสรุปผลงานร้อยละ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ของทุก รพสต.(>50%) (20 คะแนน) | 20 | 20 | |
| | ผลงาน | | | |
| | 1.มีสรุปคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ ของทุก รพสต. (10 คะแนน) | 10 | 10 | |
| | | | | |
| | คะแนนรวม | 70.0 | 70.0 | |

สรุป เป้าหมายการประเมิน ระดับ 4 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์การประเมิน.....

แบบสรุปละแนค้ำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด รพ.สต | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------|---------------|-----------------------|-------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|---------|---------|
| | | | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยพระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่ากาม | รพ.สต.บ้านหนองประจู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา | | |
| 1 | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก | | | | | | | | | | | | |
| | การบริหาร | | | | | | | | | | | | |
| | 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการภาคีเครือข่าย ตำบลขับเคลื่อนงานกลุ่มวัย (5 คะแนน) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | 2.มีรายงานการประชุมอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง (10 คะแนน) | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 |
| | การวิเคราะห์ | | | | | | | | | | | | |
| | 1. มีสรุปวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงหรือตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด (10 คะแนน) | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | NA | 10 | 10 | 10 |
| | 2. มีแนวทางแก้ไขตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงหรือไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนี้ | | | | | | | | | | | | |
| | -ANCก่อน 12 สัปดาห์ (>75%) (5 คะแนน) | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | NA | 5 | 3 | 3 |
| | -มารดาฝากท้องครบ 5 ครั้ง (>75%) (5 คะแนน) | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | NA | 5 | 3 | 3 |
| | -มารดาได้รับการตรวจหลังคลอดครบ 3 ครั้ง (>65%) (5 คะแนน) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | NA | 3 | 5 | 5 |
| | กระบวนการ | | | | | | | | | | | | |
| | สถานบริการจัดการบริการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ดังนี้ | | | | | | | | | | | | |
| | 1.มีทะเบียนรายชื่อผู้เข้าได้รับการสอนและสาธิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (10 คะแนน) | 10 | 10 | 10 | 8 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| | 2.ร้อยละของเด็กกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน (50%) (10 คะแนน) | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 5 |
| | ผลงาน | | | | | | | | | | | | |
| | 1.มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ (CPG) การดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างน้อย 1 เรื่อง (10 คะแนน) | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| | คะแนนรวม | 70 | 60 | 60 | 53 | 70 | 70 | 64 | 40 | 68 | 56 | 56 | 56 |
| | เป้าหมาย ระดับ 4 | | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 3 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 4 | ระดับ 1 | ระดับ 5 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 |
| | สรุปผล เป้าหมายระดับ 4 ผ่านการประเมิน 6 แห่ง ไม่ผ่านการประเมิน 3 แห่ง | | ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 34 ต่อพันการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

3.1 เกณฑ์ประเมินเชิงปริมาณ

| KPI | ผลงานปริมาณ คปสอ. | คะแนนเต็ม | ศสอ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองฟูด | รพ.สต.บ้านคองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเคืองช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้วยสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชกนา |
|--|--|-----------|--------------|-------------|---------------|----------------------|--------------------|-------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 2 | 1. การคลอดมีชีพต่อพัน ปชก.หญิง อายุ 15-19 ปี (<34 : พัน หญิง อายุ 15-19 ปี) | | | | | | | | | | | | |
| | A=จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15-19 ปี (จากเพิ่ม Labor) ดูจากมูลจากจำนวนเด็กเกิดมี | คน | 16 | 8 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| | B=จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ(ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3) | คน | 816 | 237 | 85 | 112 | 15 | 76 | 48 | 145 | 3 | 48 | 47 |
| | (A/B) x 1,000 X ค่า Adjusted ปี 63 | อัตรา | 19.6 | 33.76 | 11.76 | 17.86 | - | - | 41.67 | 6.90 | - | 20.83 | 21.28 |
| | คะแนนรวม | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 30 | 40 | 40 | 40 | 30 |
| | 2. เชิงคุณภาพ | 60 | 35 | 50 | 50 | 37 | 38 | 47 | 50 | 39 | 60 | 50 | 42 |
| | รวม 1+2 | 100 | 75 | 90 | 90 | 77 | 78 | 87 | 80 | 79 | 100 | 90 | 72 |
| สรุป คะแนนรวม ร้อยละ 91.80 ผ่าน ระดับ 5 | | | | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมาย <34 : พัน หญิง อายุ 15-19 ปี ผลรวม อัตรา 20.08 ต่อพัน ผ่านการประเมิน.....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 34 ต่อพันการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ-สสอ.

| KPI | ผลงานเชิงคุณภาพ สสอ. | คะแนนเต็ม | สสอ.ของใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------|-------------|----------|
| 2 | มีการสรุป วิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) | 10 | 10 | |
| | 1) มีข้อมูลวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15-19 ปี (2 คะแนน) | | 2 | |
| | 2) มีข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ช้อนหลัง 3 ปี (2คะแนน) | | 2 | |
| | 3) มีการสรุปประเด็นปัญหาที่เป็นสาเหตุให้วัยรุ่น ๑ ตั้งครรภ์ (3 คะแนน) | | 3 | |
| | 4) มีการสรุปทบทวนระบบการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (3 คะแนน) | | 3 | |
| 2 | มีคณะกรรมการ/แผนงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และขับเคลื่อนงาน | 10 | 5 | |
| | 1) มีคณะกรรมการฯและการขับเคลื่อน (5 คะแนน) | | 5 | |
| | 2) มีแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (5 คะแนน) | | 0 | |
| 3 | ร้อยละการคุมกำเนิด ของมารดาวัยรุ่น | 20 | 20 | |
| | 1) ร้อยละการคุมกำเนิดทุกวิธี ไม่น้อยกว่า 80 (HDC) (10 คะแนน) | | 10 | |
| | 2) ร้อยละการคุมกำเนิดใส่ห่วง/ชาฟิง ไม่น้อยกว่า 80 (HDC) (10 คะแนน) | | 10 | |
| 4 | ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และผ่านการประเมินมาตรฐานระดับจังหวัดขึ้นไป | 10 | 0 | |
| | 1) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของตำบลดำเนินการกิจกรรมตำบลอนามัยเจริญพันธุ์ (10 คะแนน) | | | |
| 5 | มีนวัตกรรมหรืองานวิจัยเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง (10 คะแนน) | 10 | 0 | |
| | คะแนนรวม 2 | 60 | 35 | |
| | คะแนนรวม 1 | 40 | 40 | |
| | รวม 1+2 | 100.0 | 75.0 | |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 34 ต่อพันการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ-รพ.

| KPI | ผลงานเชิงคุณภาพ รพช. | คะแนนเต็ม | รพ.ตนเองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------|--------------|----------|
| 2 | มีการสรุป วิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา การการคลอดในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี | 20 | | |
| | 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลของแม่วัยรุ่นที่มาคลอดในเชิงสถิติ (10 คะแนน) | | 10 | |
| | 2) มีการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (10 คะแนน) | | 10 | |
| 2 | คลินิกวัยรุ่น (YFHS) | | | |
| | 1) ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับจังหวัดขึ้นไป (10 คะแนน) | 10 | 10 | |
| 3 | การคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาล | 20 | | |
| | 1) ร้อยละการคุมกำเนิดทุกวิธี ไม่น้อยกว่า 80 (HDC) (10 คะแนน) | | 10 | |
| | 2) ร้อยละการคุมกำเนิดใส่ห่วง/ยาฝัง ไม่น้อยกว่า 80 (HDC) (10 คะแนน) | | 10 | |
| 4 | มีนวัตกรรมหรืองานวิจัยเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง (10 คะแนน) | 10 | 0 | |
| | คะแนนรวม 2 | 60 | 50 | |
| | คะแนนรวม 1 | 40 | 40 | |
| | รวม 1+2 | 100.0 | 90.0 | |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 34 ต่อพันการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ-รพ.สต.

| KPI | ผลงานเชิงคุณภาพ รพ.สต. | คะแนนเต็ม | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองจระเข้ดิน | รพ.สต.บ้านหัวกระแจะ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประจู่ | รพ.สต.บ้านท่าสูง | รพ.สต.บ้านเขาคอก | รพ.สต.บ้านชากนา | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------|---------------|-------------------------|---------------------|------------------------|--------------|----------------------|------------------|------------------|-----------------|----------|
| | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1. มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ในพื้นที่ | 10 | 10 | 7 | 7 | 8 | 10 | 7 | 10 | 10 | 8 | |
| | 1) มีข้อมูลวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15-19 ปี (2 คะแนน) | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 2) มีข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ขึ้นหลัง 3 ปี (2คะแนน) | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 3) มีการสรุปประเด็นปัญหาที่เป็นสาเหตุให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ (2คะแนน) | | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | |
| | 4) มีข้อมูลการคุมกำเนิดของแม่วัยรุ่นหลังคลอด (2คะแนน) | | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| | 5) มีการสรุปบทวนระบบการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2 คะแนน) | | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | |
| | 2.มีการขับเคลื่อนตำบลอนามัยเจริญพันธุ์ | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | |
| | 1) มีคณะกรรมการขับเคลื่อนตำบลอนามัยเจริญพันธุ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (10 คะแนน) | | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| | 2) การขับเคลื่อนตำบลอนามัยเจริญพันธุ์ ผ่านประเมินรับรองคณะกรรมการจังหวัด (10 คะแนน) | | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| | 3.มีการดำเนินการคลินิกวัยรุ่น (YFHS) | 20 | 20 | 10 | 11 | 19 | 20 | 12 | 20 | 20 | 14 | |
| | 1) มีคลินิกให้บริการวัยรุ่น (4 คะแนน) | | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| | 2) มีทะเบียนผู้รับบริการและผลการให้บริการคำปรึกษา (4 คะแนน) | | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| | 3) มีการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (4 คะแนน) | | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | |
| | 4) มีระบบการส่งต่อ (4 คะแนน) | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | |
| | 5) มีการสรุปผลการดำเนินงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร (4 คะแนน) | | 4 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 0 | |
| | 4.มีนวัตกรรมการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ (10 คะแนน) | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | |
| | คะแนนรวม 2 | 60 | 50 | 37 | 38 | 47 | 50 | 39 | 60 | 50 | 42 | |
| | คะแนนรวม 1 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 30 | 40 | 40 | 40 | 30 | |
| | รวม 1+2 | 100.0 | 90 | 77 | 78 | 87 | 80 | 79 | 100 | 90 | 72 | |
| | ระดับคะแนน | | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ-สสอ.

| KPI | ผลงานเชิงคุณภาพ | เป้าหมาย | สสอ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|----------|--|------------|--------------|----------|
| 4 | ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 240 | 240 | |
| | 1) มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุม Key message 6 ประเด็น ให้หน่วยอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้านผ่านเวทีการประชุมต่าง ๆ | | 2 | |
| | Key message 1 “ทุกคน ทุกบ้าน ร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย” | 90 | 72 | |
| | Key message 2 "อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ร่วมประเมินค่า HI CI" | 80 | 90 | |
| | Key message 3 “ล้างแผล ใส่ยา กักหมา หามอม ฉีดวัคซีนให้ครบชุด ” | 80 | 84 | |
| | Key message 4 “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” | 80 | 90 | |
| | Key message 5 “รับผิดชอบสังคม เมื่อไอ จาม ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย” | 80 | 86 | |
| | Key message 6 “มีไข้เกิน 2 วัน รีบไปโรงพยาบาลทันที” | 80 | 86 | |
| | หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย /=มี X=ไม่มี | | | |
| | สรุปผลครอบคลุมที่ประเมิน | 6.0 | 6.0 | |
| | คะแนนที่ได้ 6 ประเด็น=2/1-5 ประเด็น=1/ไม่มีเลข=0 | 2.0 | 2.0 | |
| | 2.1) มีแผนงาน/โครงการ และดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุม Key message 6 ประเด็นและครอบคลุมระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับ | | 2 | |
| | Key message 1 “ทุกคน ทุกบ้าน ร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย” | 90 | 72 | |
| | Key message 2 "อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ร่วมประเมินค่า HI CI" | 80 | 90 | |
| | Key message 3 “ล้างแผล ใส่ยา กักหมา หามอม ฉีดวัคซีนให้ครบชุด ” | 80 | 84 | |
| | Key message 4 “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” | 80 | 90 | |
| | Key message 5 “รับผิดชอบสังคม เมื่อไอ จาม ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย” | 80 | 86 | |
| | Key message 6 “มีไข้เกิน 2 วัน รีบไปโรงพยาบาลทันที” | 80 | 86 | |
| | หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย /=มี X=ไม่มี | | | |

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ-สสอ.

| KPI | ผลงานเชิงคุณภาพ | เป้าหมาย | สสอ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|----------|--------------|----------|
| 4 | | | | |
| | สรุปผลครอบคลุมที่ประเด็น | 6.0 | 6.0 | |
| | คะแนนที่ได้ 6 ประเด็น=1/1-5 ประเด็น=0.5/ไม่มีเลข=0 | 1.0 | 1.0 | |
| | 2.2) มีแผนงาน/โครงการ และดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุม 3 ระดับ | | | |
| | ระดับ 1 บุคคล | | / | |
| | ระดับ 2 ครอบครัว | | / | |
| | ระดับ 3 ชุมชน | | / | |
| | หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย /=มี X=ไม่มี | | | |
| | สรุปผลครอบคลุมที่ระดับ | 3.0 | 3.0 | |
| | คะแนนที่ได้ 3 ระดับ=1/1-2 ระดับ=0.5/ไม่มีเลข=0 | 1.0 | 1.0 | |
| | 3.1) มีช่องทางการเข้าถึงบริการการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุม Key message 6 ประเด็น | | | |
| | Key message 1 “ทุกคน ทุกบ้าน ร่วมกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย” | 90 | 72 | |
| | Key message 2 "อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ร่วมประเมินค่า HI CI" | 80 | 90 | |
| | Key message 3 “ล้างแปล ใส่น้ำ กักหมา หามือ ฉีดวัคซีนให้ครบชุด ” | 80 | 84 | |
| | Key message 4 “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” | 80 | 90 | |
| | Key message 5 “รับผิดชอบสังคม เมื่อไอ จาม ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย” | 80 | 86 | |
| | Key message 6 “มีไข้เกิน 2 วันรีบไปโรงพยาบาลทันที” | 80 | 86 | |
| | หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย /=มี X=ไม่มี | | | |

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ-สสอ.

| KPI | ผลงานเชิงคุณภาพ | เป้าหมาย | สสอ.ของใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|----------|-------------|----------|
| 4 | สรุปผลครอบคลุมที่ประเด็น | 6.0 | 6.0 | |
| | คะแนนที่ได้ 6 ประเด็น=1/1-5 ประเด็น=0.5/ไม่มีเลข=0 | 1.0 | 1.0 | |
| | 3.2) มีช่องทางการเข้าถึงบริการการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุม 3 ระดับ | | | |
| | ระดับ 1 บุคคล | | / | |
| | ระดับ 2 ครอบครัว | | / | |
| | ระดับ 3 ชุมชน | | / | |
| | หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย /=มี X=ไม่มี | | | |
| | สรุปผลครอบคลุมที่ระดับ | 3.0 | 3.0 | |
| | คะแนนที่ได้ ระดับ=1/1-2 ระดับ=0.5/ไม่มีเลข=0 | 1.0 | 1.0 | |
| | 4) มีการติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | 1.0 | |
| | คะแนนที่ได้ 1=ครบทุกแห่ง 0.5=ไม่ครบทุกแห่ง 0=ไม่มีเลข | 1.0 | 1.0 | |
| | 5. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ใช้ข้อมูลภาพรวมระดับอำเภอ) | | | |
| | 5.1 จำนวนข้อคำถามความรู้ ความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามประเด็นสำคัญของการสื่อสาร (Key message) ที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ประเมิน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หมู่ละ 10ครัวเรือน (KAP 6 ประเด็น) | | | |
| | - จำนวนข้อคำถามทั้งหมด (กี่ข้อ) | | 16.0 | |
| | - จำนวนข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 (กี่ข้อ) | | 16.0 | |
| | คะแนนที่ได้ 20 ข้อขึ้นไป=1 /5 ข้อขึ้นไป=0.5/<5 ข้อ=0 | 1.0 | 1.0 | |
| | 5.2 จำนวนข้อคำถาม พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามประเด็นการสื่อสาร (Key message) 6 ประเด็น ที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ประเมิน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หมู่ละ 10 ครัวเรือน (KAP6 ประเด็น) | | 0.5 | |

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนเต็ม | สกอ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|------------|--------------|----------|
| 5 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ | | | |
| | ขั้นตอนที่ 1 | | | |
| | - ทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | 5 | 5 | |
| | - ประชุมคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น | 5 | 5 | |
| | - ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง | 10 | 5 | |
| | ขั้นตอนที่ 2 | | | |
| | - วางแผน กำหนดแนวทางและหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบในกิจกรรมการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน | 10 | 10 | |
| | - แสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต | 10 | 10 | |
| | ขั้นตอนที่ 3 | | | |
| | - ดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จำนวน 2 เรื่อง | 5 | 5 | |
| | - มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของ พชอ. ทุกงานทางสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ | 5 | 5 | |
| | - ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นที่คัดเลือกอย่างน้อย 2 ประเด็น ตามแนวทาง UCCARE (ประเมินตนเอง+คณะกรรมการประเมิน) | 20 | 20 | |
| | ขั้นตอนที่ 4 | | | |
| | - สรุปผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในประเด็นที่คัดเลือก ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | 3 | 3 | |
| | - สรุปผลการดำเนินงานที่ พชอ. ได้ดำเนินการในอำเภอทั้งหมด (นอกเหนือจากประเด็นที่เลือก) | 3 | 3 | |
| | - สรุปบทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนาคุณภาพชีวิต | 4 | 3 | |
| | ขั้นตอนที่ 5 | | | |
| | - มีนวัตกรรม ,ผลงานวิชาการ ,ผลงานวิจัย ที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นที่ดำเนินการ | 10 | 0.00 | |
| | - มีการเผยแพร่ผลงานดังกล่าว | 10 | 0 | |
| | คะแนนรวม | 100 | 74 | |

สรุป เป้าหมายที่ ระดับ 3 ผลการประเมิน ระดับ 4 ผ่านเกณฑ์การประเมิน.....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | สัดส่วนใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองใหญ่ | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านหนองมะโมง | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าฉาง | รพ.สต.บ้านหนองประจักษ์ | รพ.สต.บ้านท่าสูง | รพ.สต.บ้านเขาธง | รพ.สต.บ้านชากนา |
|-----|---|-----------|-----------|-------------|-------------|----------------|-----------------------|---------------------|------------------------|--------------|------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 6 | จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1 | ร้อยละ อสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (A/B)*100 | ร้อยละ 50 | 18.59 | 16.00 | 6.67 | 84.21 | 14.29 | 6.12 | 13.95 | 6.93 | 70.00 | 53.33 | 25.42 | |
| | A=อสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ | | 116 | 8 | 4 | 16 | 3 | 12 | 6 | 7 | 21 | 24 | 15 | |
| | B=อสม.และประชาชนเป้าหมายทั้งหมด | | 624 | 50 | 60 | 19 | 21 | 196 | 43 | 101 | 30 | 45 | 59 | |
| | ระดับที่ได้ | | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | |
| | คะแนน | 50.00 | 10.00 | 10 | 10.00 | 50 | 10.00 | 10 | 10.00 | 10 | 50.00 | 50 | 20.00 | |
| 6.2 | เชิงคุณภาพ | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 |
| | ขั้นตอนที่ 1 | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.1) มีแผนดำเนินการจัดการเลิกบุหรี่เป็นรูปธรรมชัดเจน | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 1.2) มีแผนเชิงรุกดำเนินการขับเคลื่อนใน โรงเรียนมัธยม/ชายโอกาส/วิทยาลัย(ปวช./ปวส.) | | / | / | / | x | x | x | x | x | x | / | x | |
| | ขั้นตอนที่ 2 | | | | | | | | | | | | | |
| | 2) มีทะเบียนรายชื่อข้อมูลการติดตามผู้เลิกบุหรี่ในโครงการ | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | ขั้นตอนที่ 3 | | | | | | | | | | | | | |
| | 3) มีแนวทางรูปแบบการจัดการเลิกบุหรี่ชัดเจนเป็นรูปธรรม | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | ขั้นตอนที่ 4 | | | | | | | | | | | | | |
| | 4) มีแนวทางการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | ขั้นตอนที่ 5 | | | | | | | | | | | | | |
| | 5) มี Best Practice /นวัตกรรมในระดับพื้นที่ | | / | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| | หมายเหตุ เครื่องหมาย /= มี X= ไม่มี | | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนน | 50.00 | 50 | 40 | 40 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 40 | 35 | |
| | คะแนนรวม | 100.00 | 60.00 | 50.00 | 50.00 | 85.00 | 45.00 | 45.00 | 45.00 | 45.00 | 85.00 | 90.00 | 55.00 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | | | | | | | | | | | | |

สรุป ผลการประเมิน ร้อยละ 60.00 เติบโตประมาณ ร้อยละ 18.59ไม่ผ่านการประเมิน.....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-
ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | สัดส่วนใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองฟุ้ง | รพ.สต.บ้านคลองเตย | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือ | รพ.สต.ท่าลาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา |
|-----|--|----------|-----------|-------------|-------------|----------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 7.1 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | | | | | | | | | | | | | |
| | 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ | ≥ 40% | | 28.70 | 28.99 | 32.8 | 26.32 | 31.25 | 24.32 | 27.27 | 27.74 | 23.08 | 31.66 | 27.71 |
| | A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับน้ำตาล อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ | คน | | 287 | 98 | 39 | 10 | 10 | 18 | 24 | 43 | 3 | 19 | 23 |
| | B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ | คน | | ##### | 338 | 119 | 38 | 32 | 74 | 88 | 155 | 13 | 60 | 83 |
| | ระดับคะแนน | | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| | คะแนน (1) | | 30 | 12 | 12 | 18 | 12 | 18 | 12 | 12 | 12 | 6 | 18 | 12 |
| | 2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | ≥ 50% | | 42.28 | 44.48 | 49.1 | 28.70 | 45.95 | 38.30 | 25.00 | 41.62 | 40.91 | 35.57 | 60.53 |
| | C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด | คน | | 925 | 318 | 138 | 31 | 34 | 54 | 47 | 149 | 9 | 53 | 92 |
| | D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ | คน | | ##### | 715 | 281 | 108 | 74 | 141 | 188 | 358 | 22 | 149 | 152 |
| | ระดับคะแนน | | 5 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 6 |
| | คะแนน (2) | | 30 | 18 | 24 | 24 | 6 | 24 | 12 | 12 | 18 | 18 | 12 | 36 |
| | รวมคะแนน (1)+(2) | | 60 | 30.0 | 36.0 | 42.0 | 18.0 | 42.0 | 24.0 | 24.0 | 30.0 | 24.0 | 30.0 | 48.0 |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | | | | | | | | | | | | |

สรุป ผลการประเมิน การควบคุมเบาหวาน ร้อยละ 28.70 / กาควบคุมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.28 ไม่ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนเต็ม | ส.สอ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประจักษ์ | รพ.สต.บ้านท่าสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา | หมายเหตุ |
|------------|---|-----------|---------------|-------------|---------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------------|------------------------|------------------|-----------------|-----------------|----------|
| 7.1 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | | | | | | | | | | | | | |
| | 1) คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน / มีการประเมินและวิเคราะห์ชุมชนเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | | / | / | / | / | / | / | / | x | x | / | x | |
| | 2) มีแผนชุมชน (ร่วมการจัดทำแผนและแนวทางในการดำเนินงาน) และแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 3) มีการดำเนินงานตามแผนชุมชน (สนับสนุนการดำเนินงาน และส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน) | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 4) มีระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วม เพื่อหาโอกาสพัฒนา | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 5) มี Best Practice /นวัตกรรมในการระดับพื้นที่ | | x | x | / | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| | หมายเหตุ ใส่เครื่องหมาย /=มี X=ไม่มี | | | | | | | | | | | | | |
| | รวมคะแนน | 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ)

ตัวชี้วัด 8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (Screening and Early Detection)(มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านม, และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | สัดส่วนใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.คลองใหญ่ | รพ.คลองฟูด | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าข้าม | รพ.สต.บ้านหนองประจู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชกนา |
|-----|--|---------------|-----------|--------------|-------------|-------------|------------|-----------------------|--------------------|------------------------|---------------|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| 8.1 | ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1) ร้อยละสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) | ร้อยละ | | 85.48 | 88.26 | 87.31 | 99.38 | 99.20 | 80.53 | 80.11 | 80.75 | 98.36 | 80.96 | 72.9 | |
| | A(BSE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE | คน | | 4291 | 1549 | 509 | 319 | 124 | 332 | 282 | 520 | 60 | 370 | 226.0 | |
| | B(BSE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE ทั้งหมด | คน | | 5020 | 1755 | 583 | 321 | 125 | 412 | 352 | 644 | 61 | 457 | 310.0 | |
| | ระดับ | | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| | คะแนน 8.1(1) | | | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.60 |
| | 2) ร้อยละสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจเต้านมจาก จนท. (CBE) | ร้อยละ | | 86.57 | 88.26 | 87.31 | 99.38 | 99.20 | 81.31 | 80.11 | 82.14 | 98.36 | 80.96 | 100.0 | |
| | A(CBE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE | คน | | 4080 | 1549 | 509 | 319 | 124 | 335 | 282 | 529 | 60 | 370 | 3.0 | |
| | B(CBE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE ทั้งหมด | คน | | 4713 | 1755 | 583 | 321 | 125 | 412 | 352 | 644 | 61 | 457 | 3.0 | |
| | ระดับ | | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | คะแนน 8.1(2) | | | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 | 0.75 |
| 8.2 | ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ร้อยละ | | 11.07 | 4.13 | 2.36 | 4.17 | 18.81 | 24.48 | 14.49 | 15.87 | 95.83 | 1.52 | 38.34 | |
| | A(Cx) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมในปี 2558 - 2562 | คน | | 457 | 60 | 11 | 11 | 19 | 83 | 41 | 83 | 46 | 6 | 97 | |
| | B(Cx) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด | คน | | 4,127 | 1,454 | 467 | 264 | 101 | 339 | 283 | 523 | 48 | 395 | 253 | |
| | ระดับ | | | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 1 | 5 | |
| | คะแนน 8.2 | | | 1.0 | 0.6 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.8 | 1.0 | 0.6 | 0.8 | 1.0 | 0.2 | 1.0 |
| | รวมคะแนน(เชิงปริมาณ) 8.1+8.2 | | | 2.5 | 2.1 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 2.3 | 2.5 | 2.1 | 2.3 | 2.5 | 1.7 | 2.4 |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก(เชิงคุณภาพ ร้อยละ 40) | | | 1.0 | 0.83 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.67 |
| | รวมคะแนน ปริมาณ และ คุณภาพ | | | 3.50 | 2.93 | 2.37 | 2.37 | 2.37 | 2.97 | 3.17 | 2.77 | 2.80 | 3.00 | 2.20 | 3.02 |

สรุป ผลการประเมิน ข้อ 8.1 ...1)ร้อยละ 85.48 ... ข้อ 8.1 ...2) ร้อยละ 86.57 ข้อ 8.2 ร้อยละ 11.07..... (ยอดสะสม 5 ปี)

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ)

ตัวชี้วัด 8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (Screening and Early Detection)(มะเร็งปากมดลูก,มะเร็งเต้านม,และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนเต็ม | สัดส่วน. หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองฟลู | รพ.สต.บ้านคลองเตยเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่ากาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา |
|-----|--|-----------|-------------------|-------------|---------------|------------------------|--------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 8.2 | เกณฑ์การให้คะแนน เชิงคุณภาพ | | | | | | | | | | | | |
| | 1.มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน | | / | / | / | / | / | / | / | x | x | x | x |
| | 2.มีผลประเมินและวิเคราะห์ชุมชน | | / | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| | 3. มีแผนชุมชน (ร่วมการจัดทำแผนและแนวทางในการดำเนินงาน) และแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 4. มีการดำเนินงานตามแผนชุมชน (สนับสนุนการดำเนินงาน และส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการดำเนินงาน) | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 5. มีระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วม เพื่อหาโอกาสพัฒนา | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 6. มี Best Practice /นวัตกรรมในการระดับพื้นที่ | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | / |
| | | | 5.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 3.0 | 3.0 | 3.0 | 4.0 |
| | รวมคะแนน | 40.0 | 33.33 | 26.67 | 26.67 | 26.67 | 26.67 | 26.67 | 26.67 | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 26.67 |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก(เชิงคุณภาพ ร้อยละ 40) | 1.0 | 0.83 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.67 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.67 |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานทันตสาธารณสุข)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมายปี 2563 | คะแนนเต็ม | สตอ. | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพุด | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านหัวมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาก | รพ.สต.บ้านชากนา | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------------|-----------|------|-------------|---------------|-----------------------|-------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|----------------|-----------------|----------|
| 9.1 | เด็ก 6-12 ปีได้รับบริการทันตกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 | ร้อยละ 60 | | | | | | | | | | | | | |
| | A = จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปีที่ได้รับบริการทันตกรรม | | | 1513 | 653 | 169 | 74 | 35 | 97 | 108 | 198 | 10 | 88 | 81 | |
| | B = จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปีที่เป็นเป้าหมายทั้งหมด | | | 1841 | 731 | 186 | 111 | 47 | 137 | 144 | 226 | 10 | 145 | 104 | |
| | ร้อยละเด็ก 6-12 ปีได้รับบริการทันตกรรม (A/B) x 100 | | | 82.2 | 89.33 | 90.86 | 66.67 | 74.47 | 70.80 | 75.00 | 87.61 | 100.00 | 60.69 | 77.88 | |
| | คะแนนรวม | | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 2.0 | | | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมายร้อยละ 60.00 ผลการประเมิน ร้อยละ 82.18 ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

-

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานทันตสาธารณสุข)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนเต็ม | สตอ. | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านหัวมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประจู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาสก | รพ.สต.บ้านชากนา |
|-----|--|-----------|------|-------------|---------------|-----------------------|-------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 9.2 | เด็ก 6-12 ปีฟันดีไม่มีผุ | | | | | | | | | | | | |
| | 1. มีแผนงาน/โครงการในการดำเนินงาน กิจกรรมผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก | | | / | / | / | / | / | / | x | x | / | / |
| | 2. มีการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และมีการนำเข้าข้อมูลการจัดบริการทันตกรรมในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 3. มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | | | / | x | x | x | / | x | x | x | x | NA |
| | 4. มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 | | | / | x | x | x | x | x | x | x | x | NA |
| | 5. มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | | | / | x | x | / | x | x | / | / | x | NA |
| | คะแนนรวม | 5.0 | | 5 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | เป้าหมาย ผ่านการประเมิน ระดับ 3 | | | 5 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

สรุป ผ่านประเมินเชิงคุณภาพ 3 หน่วยงาน ได้แก่ รพ.หนองใหญ่, รพ.สต. หัวมะระ, รพ.สต. หนองเสือช้าง

ไม่ผ่านประเมินเชิงคุณภาพ 7 หน่วยงาน ได้แก่ รพ. สต. คลองพลู, รพ.สต. คลองตะเคียน, รพ.สต. ท่าจาม, รพ.สต.หนองประจู่, รพ.สต.ห้างสูง, รพ.สต. เขาสก, รพ.สต. ชากนา

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปละเนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | | |
|-----|--|----------------------|-----------|-------------|---------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|---------|
| | | | | สต.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านท้ายมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าตาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา | |
| 10 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด | ระดับ 4 | | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 |
| | 1. มีข้อมูล และแผนงาน โครงการความปลอดภัยด้านอาหารที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (ร้านอาหาร/แผงลอย/โรงอาหารในโรงเรียน, โรงพยาบาล, โรงแรม) | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 2. มีสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลของโครงการตามช่วงระยะเวลาในการดำเนินงาน | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 3. มีการดำเนินงานตรวจสอบการประกอบการเป้าหมายโดยใช้แบบตรวจสอบสุภาพอาหารสำหรับ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้ครอบคลุมเป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 4. มีการดำเนินงานตรวจสอบการประกอบการเป้าหมายโดยใช้แบบตรวจสอบสุภาพอาหารสำหรับ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้ครอบคลุมเป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ และมีผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน ตามมาตรการที่กำหนด | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 5.1 มีการดำเนินงานตรวจสอบการประกอบการเป้าหมายโดยใช้แบบตรวจสอบสุภาพอาหารสำหรับ “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้ครอบคลุมเป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 5.2 มีผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน ตามมาตรการที่กำหนดและมีการนำเสนอผลงานระดับจังหวัด/ได้รับรางวัล/ได้มาตรฐานสามารถเป็นต้นแบบได้ | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | คะแนนรวม | | 5.0 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 |

สรุป ผลการประเมิน เป้าหมาย ระดับ 4 ผ่านการประเมิน... ร้อยละ 100

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนการรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|----------|-----------|-------------|----------|
| 10 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด | ระดับ 4 | | ระดับ 5 | |
| | 1 มีข้อมูล และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (เครื่องหมาย /=มี, X=ไม่มี) | | | | |
| | 1) กำหนดนโยบายดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย | | | / | |
| | 2) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดกรอบแนวทางและมาตรการ และจัดทำแผนงาน/โครงการ | | | / | |
| | 3) ประกาศ สื่อสารนโยบายให้ประชาชน เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ | | | / | |
| | 4) ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ | | | / | |
| | 5) กำหนดเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน และจัดทำรายการอาหารหมุนเวียนล่วงหน้า ทุก 1 เดือน | | | / | |
| | 6) จัดระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่เอื้อต่อการดำเนินการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ตรวจสอบได้ | | | / | |
| | 7) การตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตามเกณฑ์ | | | / | |
| | 8) มีการตรวจสอบประจำปี โดยจัดทำแผนการตรวจเฝ้าระวังร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | | | / | |
| | 9) มีการตรวจสอบสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามแบบประเมินมาตรฐานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล | | | / | |
| | 10) พิจารณาจัดให้มีพื้นที่ในการจำหน่ายสินค้าเกษตรอินทรีย์ GAP หรือที่ได้รับการรับรองตาม มาตรฐานอื่นๆ ที่เชื่อถือได้ และสินค้าเกษตรแปรรูปที่ปลอดภัยตามความเหมาะสม | | | / | |
| | 2. มีการนำเสนอผลงานระดับจังหวัด/ได้รับรางวัล/ได้มาตรฐานสามารถเป็นต้นแบบได้ | | | / | |
| | คะแนนรวม | | 5.0 | 5.0 | |

สรุป ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านการประเมิน...

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปละเนนค้ำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนที่ | | |
|-----|--|-----------|------------|----------|
| | | คะแนนเต็ม | ผลสัมฤทธิ์ | หมายเหตุ |
| 11 | อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ครบ ๖ ประเด็น | | | |
| | ๑. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | | | |
| | ๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม (NEHIS) สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile) | 0.1 | 0.1 | |
| | ๑.๒ ข้อมูลการสำรวจใช้สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด(พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application และข้อมูลการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรต่อ | 0.1 | 0.1 | |
| | ๑.๓ ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม (พศ.๑) | 0.1 | 0.1 | |
| | ๑.๔ ข้อมูลสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ ๔๓ แฟ้ม (ข้อมูลจากระบบ HDC) | 0.1 | 0.1 | |
| | ๑.๕ มีการวิเคราะห์ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และมีแผนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ | 0.1 | 0.0 | |
| | ๒. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยผ่านคณะกรรมการระดับอำเภอ | 0.5 | 0.0 | |
| | ๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว | 0.5 | 0.5 | |
| | ๔. มีหน่วยปฏิบัติการหรือทีมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย ๑ ทีม/อำเภอ | 0.5 | 0.5 | |
| | ๕. อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดชุมชนต้นแบบหน่วยบริการละ ๑ ชุมชน (ชุมชนที่ผ่านชุมชนต้นแบบในระดับการพัฒนาความเข้มแข็งชุมชนยั่งยืน) | 1.0 | 0.5 | |
| | ๖. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม) | 1.0 | 0.5 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | 4.0 | 2.4 | |

สรุป ผลการประเมิน = 2.4 คะแนน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------|-------------|----------|
| 11 | อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ครบ ๖ ประเด็น | | | |
| | ๑. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | | | |
| | ๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม (NEHIS) สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile) | 0.1 | 0.10 | |
| | ๑.๒ ข้อมูลการสำรวจใช้สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด(พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application และข้อมูลการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรต่อสุขภาพ | 0.1 | 0.10 | |
| | ๑.๓ ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม (พศ.๑) | 0.1 | 0.10 | |
| | ๑.๔ ข้อมูลสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ ๔๓ แฟ้ม (ข้อมูลจากระบบ HDC) | 0.1 | 0.10 | |
| | ๑.๕ มีการวิเคราะห์ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และมีแผนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในระดับ | 0.1 | 0.10 | |
| | ๒. กลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยผ่านคณะกรรมการของหน่วยงาน/คณะกรรมการชุมชน | 0.5 | 0.16 | |
| | ๓.โรงพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ หมายเหตุ : - รพศ./รพท./รพช. ใช้เกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital - รพ.สต. ใช้เกณฑ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.ติดดาว | 1.0 | 1.00 | |
| | ๕. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาชุมชน ผ่านเกณฑ์ชุมชนต้นแบบ(๑ ชุมชน/๑ หน่วยบริการ) | 1.0 | 1.00 | |
| | ๖. มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน | 1.0 | 1.00 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | 4.0 | 3.66 | |

สรุป ผลการประเมิน = 3.66 ผ่านการประเมิน

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ (กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม)

| KPI | ตัวชี้วัด | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | |
|-----|--|------------|---------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|-----|
| | | | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประจู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชกนา | |
| 11 | อำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ครบ 6 ประเด็น | | | | | | | | | | | |
| | ๑. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | | | | | | | | | | | |
| | ๑.๑ ข้อมูลสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม (NEHIS) สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile) | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| | ๑.๒ ข้อมูลการสำรวจใช้สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด(พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application และข้อมูลการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรต่อสุขภาพ | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0 | 0.1 | |
| | ๑.๓ ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม (พศ.๑) | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| | ๑.๔ ข้อมูลสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ ๔๑ แฟ้ม (ข้อมูลจากระบบ HDC) | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| | ๑.๕ มีการวิเคราะห์ จัดทำเป็นฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และมีแผนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม และการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน ในระดับพื้นที่ | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| | ๒. กลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และมีการขับเคลื่อนมาตรการขุดิการ ใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยผ่านคณะกรรมการของหน่วยงาน/คณะกรรมการชุมชน | 0.5 | 0 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ๓. โรงพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ หมายเหตุ : - รพศ./รพท./รพช. ใช้เกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital - รพ.สต. ใช้เกณฑ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.ติดดาว | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| | ๕. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาชุมชน ผ่านเกณฑ์ชุมชนต้นแบบ(๑ ชุมชน/๑ หน่วยบริการ) | 1.0 | 0 | 0.5 | 0.5 | 1.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA |
| | ๖. มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 0.5 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 0.5 | 0.5 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | 4.0 | 2.5 | 3.5 | 3.0 | 4.0 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 1.9 | 1.7 | |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | | |
|------|---|-----------|-----------|--------------|-------------|---------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| | | | | สศอ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพุด | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเงือกช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาสก | รพ.สต.บ้านชากนา |
| 12.1 | ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี | ร้อยละ 70 | | | | | | | | | | | | |
| | A=จำนวน อสม.หมอบประจำบ้านที่ได้รับการพัฒนา | | | 25 | 6 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| | B=จำนวน อสม.ทั้งหมด | | | 25 | 6 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| | คิดเป็นร้อยละ = $A \times 100/B$ | | | 100 | 100.0 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.0 |
| | คะแนน 12.1 | | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 |
| 12.2 | ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม.หมอบประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี | ร้อยละ 70 | | | | | | | | | | | | |
| | A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี | | | 68 | 22 | 8 | 1 | 1 | 9 | 5 | 9 | 6 | 3 | 4 |
| | B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย | | | 72 | 25 | 8 | 1 | 1 | 9 | 5 | 9 | 6 | 3 | 5 |
| | คิดเป็นร้อยละ = $A \times 100/B$ | | | 94.44 | 88.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 80.00 |
| | คะแนน 12.2 | | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 |
| | คะแนนรวม (12.1+12.2) | | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 |

สรุป ผลการประเมิน ผ่านการประเมิน ร้อยละ 100

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|------|--|----------|-----------|-------------|----------|
| 13.1 | ระดับความสำเร็จของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track คุณภาพ ของโรคหลอดเลือดสมอง <u>โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป</u> | ≥50 % | 3 | 2 | |
| | A=จำนวนการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน 3 ชม, Door to Refer ภายใน 30 นาที) | | | 16 | |
| | B=จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มาโรงพยาบาลทั้งหมด (OPD/ER) | | | 39 | |
| | คิดเป็นร้อยละ = $A \times 100/B$ | | | 41.03 | |
| 13.2 | ระดับความสำเร็จของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track คุณภาพ ของโรคหลอดเลือดสมอง <u>โรงพยาบาลศูนย์</u> | | | | |
| | A=จำนวนการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน 4.5 ชม, Door to rTPA ภายใน 60 นาที) | | | | |
| | B=จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มาโรงพยาบาลทั้งหมด (OPD/ER) | | | | |
| | คิดเป็นร้อยละ = $A \times 100/B$ | | | | |
| | | | | | |
| | คะแนนรวม | | | 3.0 | |

สรุป เป้าหมาย ระดับ 3 ผลการประเมิน ระดับ 2 ไม่ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)

28

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------|-----------|-------------|--------------------|
| 14 | อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | ร้อยละ 88 | | 50.00 | |
| | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) มีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563 | คน | | 2 | กำลังรักษา 1 ราย |
| | B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) | คน | | 4 | ย้ายที่รักษา 1 ราย |
| | | | | | |
| | คะแนนรวม | | | 5.0 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | | 4.0 | |

สรุป เป้าหมาย ร้อยละ 88.00 ผลการประเมิน ร้อยละ 50.00ไม่ผ่านการประเมิน.... กำลังรักษา 1 ราย ย้ายที่รักษา 1 ราย

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | |
|-----|--|----------|-----------|--------------|----------|
| | | | | สตอ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
| 15 | อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ | ร้อยละ | | 41.67 | |
| | A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2563) ในระบบโปรแกรม NTIP | | | 15 | |
| | B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน ในระบบโปรแกรม NTIP | | | 36 | |
| | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 5.0 | | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 3.0 | | |

สรุป เป้าหมาย ร้อยละ 87.50 ผลการประเมิน ร้อยละ 41.67..... ไม่ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปละเนนค้ำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|----------|-----------|-------------|----------|
| 16 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ | ระดับ 3 | | 4 | |
| | 1. มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU และรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดทุกเดือนในระบบรายงานเฉพาะกิจ และมีคณะกรรมการ AMR และแผนปฏิบัติการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ของโรงพยาบาล | | | ผ่าน | |
| | 2. ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 1 (RDU ขั้นที่ 1) มีกิจกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลและชุมชน | | | ผ่าน | |
| | 3. ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 2 (RDU ขั้นที่ 2) และโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปผ่านการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Intermediate (250-349 คะแนน) | | | ผ่าน | |
| | 4. ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 (RDU ขั้นที่ 3) และโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปผ่านการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ระดับ Advance (350-500 คะแนน) | | | ผ่าน | |
| | 5. มีนวัตกรรม/R2R/ผลงานวิชาการที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือนำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 6 หรือมีการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | | | ไม่มี | |
| | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 4 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 4 | | |

สรุป เป้าหมายระดับ 3 ผลการประเมิน ระดับ 4 ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนการปฏิบัติงานรอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | |
|-----|--|-----------|-----------|-------------|----------|
| | | | | สัดส่วน | หมายเหตุ |
| 16 | ร้อยละของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค | ร้อยละ 80 | | 100 | |
| | A=จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด | แห่ง | | 9 | |
| | B=รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค | แห่ง | | 9 | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 5 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 4 | | |

สรุป เป้าหมาย ร้อยละ 80.00 ผลการประเมิน ร้อยละ 100.... ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | |
|-----|--|----------|-----------|---------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------|----------------------|------------------|-----------------|----------------|---------|
| | | | | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านหัวแยะระ | รพ.สต.บ้านหนองเกลือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านท่าสูง | รพ.สต.บ้านเขาสก | รพ.สต.บ้านซากา | |
| 16 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ 4 | | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 4 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 4 |
| | 1. มีแผนการดำเนินงาน มีการดำเนินงานตามแผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน และกำหนดตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 2. มีการรายงานผลการดำเนินการตามเกณฑ์ตัวชี้วัด(ส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือนและเป็นปัจจุบัน) | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 3. ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง 2 โรค (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 20 ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน) | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 4. ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้ง 2 โรค ทุกไตรมาส(อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 20 ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน) | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 5. มีนวัตกรรม/R2R/ผลงานวิชาการที่สามารถเป็นแบบอย่างหรือนำเสนอแลกเปลี่ยนในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | ผลการประเมิน | | | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมาย ระดับ 4 ผลการประเมิน ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปละแวนค่ารับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------|-----------|-------------|-------------|---------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| | | | | สต.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองฟูด | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านห้วยมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านนกนา |
| 17 | ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ร้อยละ 19.5 | | 25.96 | 26.97 | 24.75 | 19.47 | 27.27 | 35.9 | 20.7 | 29.4 | 39.42 | 27.34 | 20.12 |
| | A=จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยหากมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y)หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U77 หรือ U77x) | ครั้ง | | 13,258 | 49,484 | 3,309 | 570 | 231 | 1,128 | 2,077 | 2,922 | 940 | 940 | 336 |
| | B=จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยหากมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50-U76 และU78-U79 การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 การให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) อย่างใดอย่างหนึ่งทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z | ครั้ง | | 3,442 | 13,347 | 819 | 111 | 63 | 405 | 430 | 859 | 162 | 257 | 336 |
| | คะแนนรวม | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 4 | | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมาย ร้อยละ 19.5 ผลการประเมินทุกหน่วยบริการ มีผลงานมากกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100.... ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|-------------|-----------|-------------|----------|
| 18 | อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired | | | | |
| | 1.อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis | น้อยกว่า | | | |
| | คะแนน(1) | | 5 | 5.0 | |
| | 2.อัตราการได้รับ ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) | ไม่น้อยกว่า | | | |
| | คะแนน(2) | | 5 | 5.0 | |
| | 3.อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB | ไม่น้อยกว่า | | | |
| | คะแนน(3) | | 5 | 5.0 | |
| | 4.อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) | ไม่น้อยกว่า | | | |
| | คะแนน(4) | | 5 | 5.0 | |
| | 5.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชั่วโมง | ไม่น้อยกว่า | | | |
| | คะแนน(5) | | 5 | 5 | |
| | คะแนนรวม(1)+(2)+(3)+(4)+(5) | | 25 | 25 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 3 | | |

สรุป เป้าหมาย 25 คะแนน ผลการประเมิน 25 คะแนน ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|------|--|------------|-----------|-------------|----------|
| 18.1 | อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level 1) | <ร้อยละ 12 | | 10.29% | |
| | A= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง | ราย | | 7ราย | |
| | B= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level 1) ทั้งหมด | ราย | | 68ราย | |
| | คะแนนรวม | | 5 | | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 1 | | |

สรุป เป้าหมาย < ร้อยละ 12 ผลการประเมิน ร้อยละ 10.29.... ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปละเนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|----------|-----------|-------------|----------|
| 19 | ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทางถนน | ระดับ 5 | 5 | 5 | |
| | ขั้นตอนที่ ๑ | | | | |
| | ๑.1 โรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป | | | / | |
| | 1.2 มีการประเมินและรายงานผลการประเมิน ECS คุณภาพ | | | / | |
| | ขั้นตอนที่ ๒ | | | | |
| | 2.1 การรวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง และรายงานข้อมูลรายเดือน ทุกเดือน | | | / | |
| | 2.1.1 อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑) ในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป | | | / | |
| | 2.1.2 อัตราของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑ และ ๒) อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป | | | / | |
| | 2.1.3 อัตราของผู้เจ็บป่วย Trauma level ๑ (ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด) สามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที ในโรงพยาบาลระดับ A และ S | | | - | |
| | 2.1.4 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe traumatic brain injury ในโรงพยาบาลระดับ A และ S | | | - | |
| | 2.1.๕ อัตราการตายของผู้ป่วย PS score > 0.75 และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ | | | / | |
| | 2.1.๖ อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี , อำเภอบางละมุง , อำเภอศรีราชา และอำเภอเกาะสีชัง | | | - | |
| | 2.2 วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต | | | / | |
| | 2.3 Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ | | | / | |
| | 2.๔. มีการรายงานเหตุการณ์สำคัญและสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (Director Critical Information Requirements : DCIRs) ตาม Work Flow การปฏิบัติงาน | | | / | |
| | ขั้นตอนที่ ๓ | | | | |
| | 3.1 วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต | | | / | |
| | 3.2 มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน | | | / | |
| | 3.3 มีรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนเชิงประจักษ์ | | | / | |

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

36

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|-----------|----------|-----------|-------------|----------|
| | | | | | |

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

37

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|----------|-----------|-------------|----------|
| | | | | | |
| | ขั้นตอนที่ ๔ | | | | |
| | 4.1 .มีผลการประเมินทุก 1 เดือน | | | / | |
| | 4.2 มีการนำผลการประเมินมาวางแผนแก้ไขปัญหา | | | / | |
| | ขั้นตอนที่ ๕ | | | | |
| | 5.1. มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน | | | / | |
| | คะแนนรวม | | 5 | | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 2 | | |

สรุป เป้าหมายระดับ 5 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนการประเมินการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | อ.หนักใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|----------|-----------|------------|----------|
| 19 | ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทางถนน | ระดับ 5 | | | |
| | ขั้นตอนที่ ๑ | | | | |
| | 1.1 มีแผนการดำเนินงาน D-RTI โดยบูรณาการร่วมกับภาคีในพื้นที่ | | | / | |
| | 1.2 มีแผนการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี , อำเภอบางละมุง , อำเภอศรีราชา และอำเภอเกาะสีชัง | | | | |
| | ขั้นตอนที่ ๒ | | | | |
| | 2.1 มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงาน D-RTI และมีรายงานผลกิจกรรมดำเนินการไม่น้อยกว่า ๖ กิจกรรม | | | / | |
| | 2.2 มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี , อำเภอบางละมุง , อำเภอศรีราชา และอำเภอเกาะสีชัง | | | | |
| | ขั้นตอนที่ ๓ | | | | |
| | 3.1 มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงาน D-RTI มีรายงานผลกิจกรรมดำเนินการไม่น้อยกว่า ๗ กิจกรรม และมีผลการประเมิน D-RTI อยู่ในระดับดี (Good) | | | / | |
| | 3.2 มีรายงานการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี , อำเภอบางละมุง , อำเภอศรีราชา และอำเภอเกาะสีชัง | | | | |
| | 3.3 มีการรายงานเหตุการณ์สำคัญและสาธารณภัยที่มีผลกระทบด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (Director Critical Information Requirements : DCIRs) ตาม Work Flow การปฏิบัติงาน | | | | |
| | ขั้นตอนที่ ๔ | | | | |
| | 4.1 มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงาน D-RTI มีรายงานผลกิจกรรมดำเนินการไม่น้อยกว่า ๘ กิจกรรม | | | / | |
| | 4.2 มีผลการประเมิน D-RTI อยู่ในระดับดีหรือดีมาก (Excellent) | | | | |
| | 4.3 มีการรายงานเหตุการณ์สำคัญและสาธารณภัยที่มีผลกระทบด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (Director Critical Information Requirements : DCIRs) ตาม Work Flow การ | | | / | |
| | ขั้นตอนที่ ๕ | | | | |
| | 5.1 มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงาน D-RTI มีรายงานผลกิจกรรมดำเนินการไม่น้อยกว่า ๘ กิจกรรม | | | / | |
| | 5.2 มีผลการประเมิน D-RTI อยู่ในระดับดีเยี่ยม (Advanced) | | | | |
| | 5.3 มีการรายงานเหตุการณ์สำคัญและสาธารณภัยที่มีผลกระทบด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (Director Critical Information Requirements : DCIRs) ตาม Work Flow การ | | | / | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 5 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 2 | 2 | |

สรุป เป้าหมายระดับ 5 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปละเนนค้ำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านหัวขี้มะระ | รพ.สต.บ้านหนองเง็งตั้ง | รพ.สต.ท่าจาม | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาชก | รพ.สต.บ้านชากนา |
|-----|---|---|-----------|-------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 20 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ | | | | | | | | | | | | |
| | A = อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ 2563 | | | 8.46 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | B = ในปีงบประมาณ 2560 – 2562 (3 ปีซ้อนหลัง) | | | 5.73 | | | | | | | | | |
| | เพิ่มขึ้นหรือลดลง ร้อยละ | ลดลง ร้อยละ 5 ของ จากค่ากลาง (median) ๗ ปีที่ผ่านมา | | +2.73 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 5 | | | | | | | | | | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 1 | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 5 ผลการประเมิน เพิ่มขึ้น 2.73..... ไม่ผ่านการประเมิน....

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนการปฏิบัติงานปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | อ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองตะเคียน | รพ.สต.บ้านท้ายมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าฉาง | รพ.สต.บ้านหนองประดู่ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาสก | รพ.สต.บ้านซากนา | หมายเหตุ |
|-----|--|----------|-----------|------------|-------------|------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|----------|
| 20 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ | ระดับ 3 | | ระดับ | ระดับ | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | |
| | 1. มีฐานข้อมูลและมีการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ในงานสุขภาพจิต มีคำสั่งทีม MCATT ระดับอำเภอ (คปสอ.) และข้อมูลสอบสวนหาสาเหตุการฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย ตามแบบ รง 506s และแบบฟอร์ม MCATT ของกรมสุขภาพจิต | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 2. มีแผนงานแก้ไขปัญหาเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีส่วนร่วมของชุมชน และมีแผนรองรับการเยียวยาจิตใจผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 3. มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการดำเนินงานตามแผน/โครงการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชโดยมีส่วนร่วมของชุมชน และผลการดำเนินงานการเยียวยาจิตใจที่ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีมีผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่ | | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 4. มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับอำเภอ (คปสอ.) | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| | 5. มี Best practice ในการดำเนินงานเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับอำเภอ (คปสอ.) อย่างน้อย 1 เรื่อง | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 1.5 | | | | | | | | | | | | |

สรุป เป้าหมายระดับ 3 ผลการประเมิน ระดับ 3 ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | สอ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|----------|-----------|-------------|-------------|----------|
| 22 | ระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | | | | | |
| | เชิงปริมาณ | ระดับ 3 | | ระดับ | ระดับ 4 | |
| | 1) ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ | | | 80.00 | 84.17 | |
| | 2) ร้อยละข้อมูลบุคลากรฯ ในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน | | | 100.00 | 100.00 | |
| | 3) ร้อยละการสูญเสียบุคลากรสาธารณสุข | | | 0.00 | 1.56 | |
| | 4) ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาตามสายงาน | | | 100.00 | 93.12 | |
| | คะแนน(1) | | | 5 | | |
| | เชิงคุณภาพ | ระดับ 4 | | ระดับ4 | ระดับ4 | |
| | 1.1 มีแผนอัตรากำลัง HR Blueprint | | | / | / | |
| | 1.2 มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพและแผนพัฒนาบุคลากร ครอบคลุมภารกิจ (PP&P/SP) | | | / | / | |
| | 1.3 มีแผนสร้างสุขในองค์กรที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน | | | / | / | |
| | 2.1 มีผลการวิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากรตามแผนอัตรากำลัง HR Blueprint | | | / | / | |
| | 2.2 ร้อยละ 80 ของบุคลากร ได้รับการพัฒนาทักษะตามแผนพัฒนาบุคลากร (PP&P/SP) | | | / | / | |
| | 2.3 มีรายงานความก้าวหน้าตามแผนสร้างสุขในองค์กร (รอบ 6 เดือน) | | | / | / | |
| | 3.1 มีระบบหรือวิธีประเมินความเสี่ยงด้านการบริหารอัตรากำลัง | | | / | / | |
| | 3.2 ร้อยละ 90 ของบุคลากร ได้รับการพัฒนาทักษะตามแผนพัฒนาบุคลากร (PP&P/SP) | | | / | / | |
| | 3.3 มีประเมินการดำเนินงานการสร้างสุข (ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาด Covid-19) | | | / | / | |
| | 4.1 มีแผนปรับปรุงอัตรากำลัง HR Blueprint | | | / | / | |
| | 4.2 มีแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในกิจกรรมสร้างสุข | | | / | / | |
| | 4.3 ร้อยละ 100 ข้อมูลบุคลากรในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน | | | / | / | |
| | 5.1 มีผลงาน CQI/R2R/นวัตกรรมด้านการบริหารจัดการบุคลากร ที่เป็นต้นแบบในการพัฒนางาน HR ได้ | | | X | X | |
| | 5.2 มี Best Practice/Bright spot กิจกรรมสร้างสุขในองค์กร | | | / | / | |
| | คะแนน(2) | | | 5 | | |
| | คะแนนรวม | | | 10.0 | | |

สรุป เชิงปริมาณ เป้าหมายระดับ 3 ผลการประเมิน สอ.หนองใหญ่ ระดับ 5 รพ.หนองใหญ่ ระดับ 4 ผ่านการประเมิน

เชิงคุณภาพ เป้าหมายระดับ 4 ผลการประเมิน สอ.หนองใหญ่ ระดับ 4 รพ.หนองใหญ่ ระดับ 4 ผ่านการประเมิน

แบบสรุปคะแนนคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | |
|-----|--|-----------|-----------|--------------|-------------|
| | | | | ศตอ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ |
| 23 | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | | | | |
| | หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 90) | ร้อยละ 90 | | 65.38 | 86.00 |
| | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 3 | 4 |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | | | |

สรุป

ผลการดำเนินงาน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ | |
|-----|---|-------------|-----------|--------------|----------|
| | | | | สอดคล้องใหญ่ | หมายเหตุ |
| 24 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด | ระดับ 5 | | ระดับ 5 | |
| | 1 ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบถ้วนได้แล้วเสร็จ ภายในวันที่กำหนด | 13 คำถาม | 1.0 | 1.0 | |
| | 2 ส่วนราชการประเมินองค์กร (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 หมวด 3 กับ หมวด 6 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่กำหนด | | | | |
| | หมวด 3 | 10 คำถาม | 0.5 | 0.5 | |
| | หมวด 6 | 10 คำถาม | 0.5 | 0.5 | |
| | 3 ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวด 3 กับ หมวด 6 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่กำหนด | 2 หมวด | 1.0 | 1.0 | |
| | 4 ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 3 กับ หมวด 6 ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่กำหนด | | | | |
| | หมวด 3 | 5 ตัวชี้วัด | 0.5 | 0.5 | |
| | หมวด 6 | 5 ตัวชี้วัด | 0.5 | 0.5 | |
| | 5 ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด | | 1.0 | 1.0 | |
| | | | | | |
| | คะแนนเต็มรวม(1)+(2)+(3)+(4)+(5) | | 5.0 | 5.0 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 4.0 | 4.0 | |

สรุป เป้าหมายระดับ 5 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์ฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|--|-----------------------|-----------|-------------|----------|
| 26 | การดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital | ระดับ 2 smart service | | | |
| | 1) Smart Place | | | | |
| | 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean | | | / | |
| | 2) Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ) | | | | |
| | 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ | | | / | |
| | 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ | | | / | ทันตกรรม |
| | 2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ | | | / | Lab |
| | 2.4 มีการใช้ ระบบ IoT ในเรื่องการควบคุมอุณหภูมิยาและวัคซีน(Cold Chain) | | | / | |
| | 3) Smart Services | | | | |
| | 3.1 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) | | | / | |
| | 3.2 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) | | | / | |
| | 3.3 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD | | | X | |
| | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 5 | 5 | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 4 | | |

สรุป เป้าหมายระดับ 2 smart service ผลการประเมิน ระดับ 2 smart service ผ่านการประเมิน

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน) -

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ -

แบบสรุประเมินค่ารับรองการปฏิบัติราชการ รอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2563
ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานประกันสุขภาพ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | รพ.หนองใหญ่ | หมายเหตุ |
|-----|---|-----------------|-----------|-------------|----------|
| 27 | ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง | | | | |
| | สถานการณ์ด้านการเงิน 7 ระดับ | ปกติ | | ปกติ | |
| | คะแนน | | 2.00 | 2.00 | |
| | ร้อยละของรายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน | ไม่เกินร้อยละ 5 | 1.00 | -0.89 | |
| | 1. รายได้ UC | | | | |
| | 2. รายได้จาก EMS | | | | |
| | 3. รายได้คำรักษาบิกตันสังกัด | | | | |
| | 4. รายได้คำรักษา อปท. | | | | |
| | 5. รายได้คำรักษาบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง | | | | |
| | 6. รายได้ประกันสังคม | | | | |
| | 7. รายได้แรงงานต่างด้าว | | | | |
| | 8. รายได้คำรักษาและบริการอื่น ๆ | | | | |
| | 9. รายได้อื่น | | | | |
| | ร้อยละของรายจ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน | ไม่เกินร้อยละ 5 | 1.00 | 3.18 | |
| | 1. ต้นทุนยา | | | | |
| | 2. ต้นทุนเวชภัณฑ์มีโซ่ยาและวัสดุการแพทย์ | | | | |
| | 3. ต้นทุนวัสดุทันตกรรม | | | | |
| | 4. ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ | | | | |
| | 5. ค่าจ้างชั่วคราว/พศ./ค่าจ้างเหมาบุคลากรอื่น | | | | |
| | 6. ค่าตอบแทน | | | | |
| | 7. ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น | | | | |
| | 8. ค่าใช้สอย | | | | |
| | 9. ค่าสาธารณูปโภค | | | | |
| | 10. วัสดุใช้ไป | | | | |
| | 11. หนี้สูญและสงสัยจะสูญ | | | | |
| | 12. ค่าใช้จ่ายอื่น | | | | |
| | ต้นทุนบริการ ไม่เกินเกณฑ์(OPD) | | 0.50 | | |
| | ผลการดำเนินงาน | ไม่เกิน | | ไม่เกิน | |
| | ต้นทุนบริการ ไม่เกินเกณฑ์(IPD) | | 0.50 | | |
| | ผลการดำเนินงาน | ไม่เกิน | | ไม่เกิน | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 5.00 | ##### | 0.00 |

สรุป เป้าหมายระดับ 5 ผลการประเมิน ระดับ 5 ผ่านการประเมิน

ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ(กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลฯ)

| KPI | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | คะแนนเต็ม | ศสอ.หนองใหญ่ | รพ.หนองใหญ่ | รพ.สต.คลองพลู | รพ.สต.บ้านคลองมะเดื่อ | รพ.สต.บ้านหัวมะระ | รพ.สต.บ้านหนองเสือช้าง | รพ.สต.ท่าฉาง | รพ.สต.บ้านหนองประจักษ์ | รพ.สต.บ้านห้างสูง | รพ.สต.บ้านเขาตึก | รพ.สต.บ้านชากนา | หมายเหตุ |
|-----|--|-----------|-----------|--------------|-------------|---------------|-----------------------|-------------------|------------------------|--------------|------------------------|-------------------|------------------|-----------------|----------|
| 28 | ร้อยละของผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพได้นำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ | ร้อยละ 90 | 20 | | | | | | | | | | | | |
| | จำนวนงานวิจัย/R2R CQI และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลของปีที่ผ่านมา | 4 เรื่อง | 10 | | | | | | | | | | | | |
| | จำนวนชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) | | 10 | | | | | | | | | | | | |
| | - สายงานบริการอย่างน้อย 5 CoP รพ. | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| | - สายงานสนับสนุนอย่างน้อย 2 CoP ศสอ. | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| | - คปสอ. อย่างน้อย 3 CoP | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนนปริมาณ ร้อยละ 40 | | 40 | | | | | | | | | | | | |
| | เชิงคุณภาพ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.1 มีแผนการขับเคลื่อนการจัดการความรู้และการสร้างชุมชนนักปฏิบัติ CoP | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.2 มี CoP สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.1 มีการประชุม/และถอดบทเรียน ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) อย่างน้อย 1 ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.2 มีเค้าโครงงานวิจัย/R2R CQI และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.1 มีการประชุม/และถอดบทเรียน ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีการจัดเก็บข้อมูลคลังความรู้ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.2 เริ่มเก็บงานวิจัย/R2R CQI และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.1 มีการประชุม/และถอดบทเรียน ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) อย่างน้อย 3 ครั้ง และเริ่มมีการและมีการจัดเก็บข้อมูลคลังความรู้อย่างเป็นระบบ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.2 เริ่มวิเคราะห์งานวิจัย/R2R CQI และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.1 แสดงจำนวนชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) - สายงานบริการอย่างน้อย 5 CoP (รพ.) / - สายงานสนับสนุนอย่างน้อย 2 CoP (ศสอ.) / - คปสอ. อย่างน้อย 3 CoP | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.2 จำนวนงานวิจัย/R2R CQI และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดจากฐานข้อมูลของปีที่ผ่านมา (คะแนนตามเกณฑ์การประเมินเชิงปริมาณ) | | | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนนเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 60) | | 60 | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนนรวม | | 100 | | | | | | | | | | | | |
| | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | | 3 | | | | | | | | | | | | |

ผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้(ระบุหน่วยงาน)

ส่วนขาด/ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ