



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลวิภาวดี ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๐๔

ที่สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/

วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

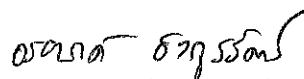
เรื่อง ขอรายงานแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และอนุมัติเผยแพร่ บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

ตามที่โรงพยาบาลวิภาวดี ได้ปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวิภาวดี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และได้สรุปผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การกำกับติดตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แล้วนั้น

บัดนี้ โรงพยาบาลวิภาวดี ขอรายงานแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และขออนุญาตเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์หน่วยงานโรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ มาตรา ๙ (๘) ที่ระบุให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารไว้ให้ประชาชนตรวจสอบได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ



(นางสาวอรอนงค์ อังกรรัตน์)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

ทราบ

อนุมัติ/ลงนาม



(นายศราวุธ เรืองสนาม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยา
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน			
					2560	2561	2562	63
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน	1.ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยพอใจ	1.เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย	1. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมิน RDU ชั้น 3	นุชสุภา	ผ่านชั้น 1	ผ่านชั้น 1	ผ่านชั้น 2	
		1.1 พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล						
		1.2 พัฒนาระบบ 2P safety						
		1.3 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่และเด็ก						
		2. ร้อยละความสำเร็จ ของตัวชี้วัด 2P safety ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100						
		3. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่ากับ 0						
		4. การเกิดตกเลือดหลังคลอดไม่เกิน ร้อยละ 5						
		5. อัตราตายมารดาและทารกเท่ากับ 0						
		6. อัตราการเกิด Birth Asphyxia <25/1000 ประชากร						
		7. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ						
1.4 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง	8. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ NCD clinic plus	เบญจมาศ	NA	NA	ประเมินผ่านเกณฑ์			
	9.อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90	ชนกพร	78.14	88.48	96.70			

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน				
					2560	2561	2562	63	64
			10. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg. > ร้อยละ 60	เบญจมาศ	40.33	42.57	40.06		
			11. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย < ร้อยละ 5	เบญจมาศ ชนกพร	4.67	4.06	3.34		
			12. อัตราการคัดกรองโรคความเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90	ชนกพร	77.64	84.43	91.25		
			13. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C < 7% > ร้อยละ 40	เบญจมาศ	25.03	46.79	28.98		
			14. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตา < ร้อยละ 10 ไต < ร้อยละ 66 เท้า < ร้อยละ 10	เบญจมาศ	NA	0.58 8.98 0.43	13.65 20.91 0.56		
			15. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย ไม่เกิน ร้อยละ 5	เบญจมาศ ชนกพร	2.29	1.17	1.46		
			16. อัตราการ readmission ภายใน 28 วัน ในผู้ป่วย COPD ไม่เกิน ร้อยละ 5	เสาวรส	2.43	1.42	0.7		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน				
					2560	2561	2562 ณ ก.ค.	63	2564
			17. อัตราการเกิด Acute respiratory failure ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 5	เสาวรส	5.96	3.51	1.34		
			18. อัตราการเกิดภาวะPneumonia แทรกซ้อน ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 10	เสาวรส	21.10	25.12	24.16		
		1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน	19. การเสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจ ตีบที่มีการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรงพยาบาล ร้อยละ 10 ต่อแสนประชากร	เนาวรัตน์	13%	6.50 %	ไม่มี เคส		
	20. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัย และส่งต่อ ภายใน 50 นาที ร้อยละ 100		เนาวรัตน์	20%	100%	ไม่มี เคส			
	21. อัตราเข้ารับบริการ STEMI ทันเวลา ภายใน 3 ชม. มากกว่าร้อยละ 80		เนาวรัตน์	80%	100%	100%			
	22. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้ารับบริการดูแลรักษา ทันเวลา ภายใน 3 ชม. มากกว่าร้อยละ 80		เยนาภา	45.00	59.00	75			
	23. ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อทันเวลา ภายใน 50 นาที ร้อยละ 100	เยนาภา	100	100	100				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน				
					2560	2561	2562	63	64
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) และสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ	2. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานอย่างมีความสุข	3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ที่คาดหวัง	24. ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาล เท่ากับ 0	เสาวนา	0	0	0		
			25. ความสำเร็จของการรักษาวินโรค ทุกประเภท $\geq$ ร้อยละ 85	นพัญญา	100	100	100		
			26. อัตราตายในผู้ป่วยไข้เลือดออก เท่ากับ 0	ธิดา	0	0	0		
			27. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก $\geq$ ร้อยละ 85	เนตรชนก	78.93	80.16	80.20		
			28. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน $\geq$ ร้อยละ 85	ธิดา	80.94	81	85		
			29. ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชน $\geq$ ร้อยละ 85	ชนกพร	80	82	84		
			30. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 85	อรอนงค์	87.25	90.25	84.25		
			31. ร้อยละดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 60	เพ็ญจมาศ	60.29	60.43	60.86		

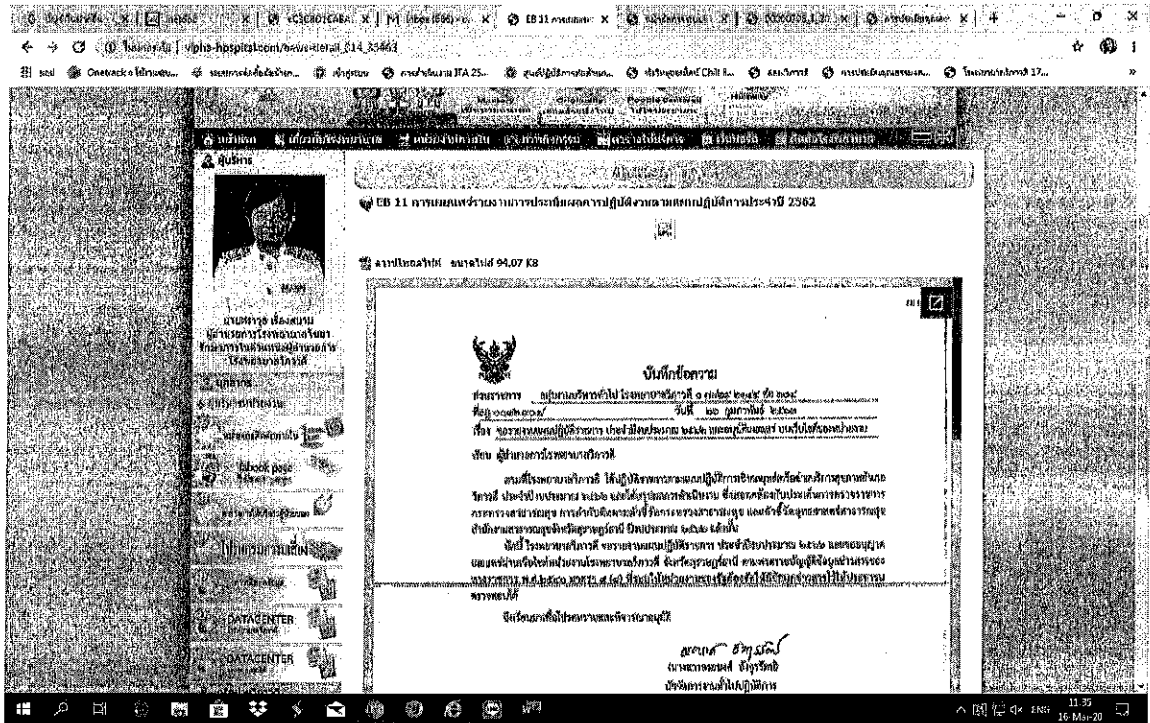
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน				
					2560	2561	2562	2563	2564
			32. ร้อยละของความไม่พึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการวิเคราะห์และแก้ไข $\geq$ ร้อยละ 50	เพ็ญพาศ	0	0	30.33		
	3. โรงพยาบาลมีเสถียรภาพทางการเงิน	4. ระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ	33. ระดับภาวะวิกฤติทางการเงินน้อยกว่า ระดับ 7	อรอนงค์	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 0		
			34. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณไม่เกิน 5% ของมูลค่าที่ตั้งไว้ใน Plan fin	อรอนงค์	0	0	4.44		
	4. ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	5. ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพ	35. มีสารสนเทศตามที่โรงพยาบาลกำหนด ที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100	สุรภี	100	100	100		
			36. ระดับความสำเร็จการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย	จิณทรจิรา	NA	NA	100		
	5. มีระบบธรรมาภิบาล	6. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	37. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	อรอนงค์	NA	ผ่านได้ 93.33 คะแนน	100		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน			
					2560	2561	2562	2563
3. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ	6. มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ	7. เพื่อมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ	38. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก	อรอนงค์	ไม่ผ่าน	ระดับดี	ระดับดี	2564
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ	7. ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี 8. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน	8. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	39. หน่วยงานการจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดร้อยละ 80	ชนกพร	NA	NA	83.33	

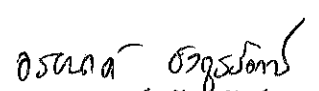
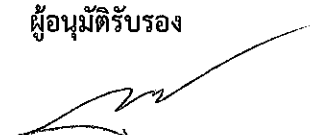
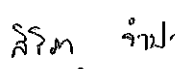
สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จำนวนตัวชี้วัด		จำนวนตัวชี้วัดที่วัด ของ คบสอ.	ผลการประเมิน	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
คณะที่ ๑ การส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และการ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	๑๓	๑๓	๑๑	๒
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ	๑๔	๑๐	๙	๑
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดบริการสุขภาพ	๙	๙	๘	๑
รวม		๓๖	๓๒	๔

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา
คณะที่ ๑ ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงที่สุดส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๑. สำรวจกลุ่มเป้าหมายโดย อสม. ให้เป็นปัจจุบัน ๒. มีแผนการตรวจและติดตามที่เป็นปัจจุบัน ๓. ประชุมชี้แจงให้บุคลากรและเครือข่าย ๔. มีข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการที่รับเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ๕. จัดระบบติดตามการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการที่รูปร่างไม่สมส่วน ๖. ขอสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่มีมาตรฐานให้เพียงพอ ต่อการดำเนินงาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง แบบประเมินและแปลผล
คณะที่ ๑ ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้	๑. คณะกรรมการ NCD ระดับ คบสอ.วิภาวดี ประชุมและวางแผนการดำเนินงาน ๒. รพ.สต.แต่ละพื้นที่ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการจริงและ ผู้ป่วยที่มีรายชื่อแต่ไม่มารับบริการ ๓. ดำเนินการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องตาม type area ๔. สรุปผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ คบสอ.ทุกสัปดาห์เพื่อปรับปรุง ข้อมูลตัวชี้วัด
คณะที่ ๒ ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ l/min/๑.๗๓m๒/yr	๑. คณะกรรมการ NCD ระดับ คบสอ.พนม ประชุมและวางแผนการดำเนินงาน ๒. ดำเนินการตรวจคัดกรองตามแผนการดำเนินงานใน ไตรมาสแรก และตรวจซ้ำ ในไตรมาสที่ ๒ และ ๓ ๓. ทำการแปลผลและให้การรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งใน รพ.สต.และ โรงพยาบาล ๔. ติดตามการดูแลรักษาและประเมินซ้ำตามระยะของโรค ๕. ควรมีช่องทางพิเศษสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย CKD stage ๔ เพื่อพบ แพทย์เฉพาะทาง
คณะที่ ๓ ตัวชี้วัดที่ ๓๒ ระดับความสำเร็จ ของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการ ตรวจสอบภายในควบคุมภายในและการ บริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	๑. กำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบ ภายในให้ชัดเจน ๒. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานโดยเฉพาะ เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ๓. สนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ อย่างเพียงพอ เช่น รถยนต์ในการ เดินทางไปปฏิบัติงาน ๔. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน ให้มีแนวทาง แนวปฏิบัติเดียวกัน และ



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี
ตามประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๒
สำหรับหน่วยงานในราชการโรงพยาบาลวิภาวดี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลวิภาวดี วัน/เดือน/ปี : ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ หัวข้อ: เผยแพร่รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี(ที่ผ่านมา) รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) เผยแพร่รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี(ที่ผ่านมา) Link : รพ.วิภาวดี http://www.vipha-hospital.com/mainpage หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางสาวอรอนงค์ อังกูร์รัตน์) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๒๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓	ผู้อนุมัติรับรอง  (นางสุรารักษ์ มุสิกพันธ์) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๒๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวสิริภา จำปา) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วันที่ ๒๖ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓	