



คำรับรองการปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
(องค์การมหาชน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับคำรับรอง
และ

นายมานิต ธีระตันติกานนท์ ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙
๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) กรอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน น้ำหนัก ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติงาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้
๔. ข้าพเจ้านายปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะรัฐมนตรี ผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) กรอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน น้ำหนัก ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของ นายมานิต ธีระตันติกานนท์ ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

/๕. ข้าพเจ้า ...

๕. ข้าพเจ้า นายมานิต ธีระตันติกานนท์ ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ได้ทำความเข้าใจ คำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติงานให้เกิด ผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ ให้คำรับรองไว้
๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติงานและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
วันที่ 11 ก.ค. 2559



(นายมานิต ธีระตันติกานนท์)
ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
วันที่ 11 ก.ค. 2559



คำรับรองการปฏิบัติงาน
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
(องค์การมหาชน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

๑. คำรับรองระหว่าง

นายมานิต ธีระตันติกานนท์ ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผู้รับคำรับรอง
และ
นายพรเทพ พงศ์ทวีกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่
๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

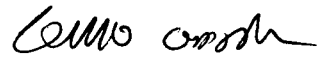
๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ของ
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) กรอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน น้ำหนัก ตัวชี้วัด ผลการ
ปฏิบัติงาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสาร
ประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายมานิต ธีระตันติกานนท์ ในฐานะประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
(องค์การมหาชน) ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙
ของ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) กรอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน น้ำหนัก ตัวชี้วัด ผลการ
ปฏิบัติงาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสาร
ประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติงานของ
นายพรเทพ พงศ์ทวีกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า นายพรเทพ พงศ์ทวีกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ได้ทำความเข้าใจ
คำรับรองตาม ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้วว่าจะมุ่งมั่น
ปฏิบัติงานให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุข
แก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้
๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติงานและเห็นพ้องกันแล้ว
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



(นายมานิต อีระตันติกานนท์)
ประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
วันที่ 30 ธ.ย. 2559



(นายพรเทพ พงศ์ทวีกร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
วันที่ 30 ธ.ย. 2559

เอกสารประกอบคำร้องการปฏิรูปงาน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

(องค์การมหาชน)

แผนปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

วัตถุประสงค์การจัดตั้ง ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543

- 1) ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามมาตรฐานทางการแพทย์
- 2) ดำเนินการด้านเวชศาสตร์การป้องกัน ส่งเสริมและสนับสนุนการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงนโยบายของรัฐในเรื่องดังกล่าวด้วย
- 3) ดำเนินกิจการอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและความต้องการของชุมชน

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรมหาชนที่เรียนรู้ มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการบริการ บริหารอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างและดูแลสุขภาพของตนเอง

ยุทธศาสตร์ (ตามแผนปฏิบัติการ 4 ปี)

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม
2. ยุทธศาสตร์ที่ 2: สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
3. ยุทธศาสตร์ที่ 3: เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ เพื่อรองรับการเติบโตอย่างยั่งยืน

ผลผลิตและผลลัพธ์

ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม

เป้าประสงค์ 1.1 ประชาชนในพื้นที่กลุ่มวัย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาวะโรคภัยคุกคามตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (เป้าหมายการให้บริการระหว่าง)

ผลผลิตที่ 1

โครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์, โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี, โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยเรียน 6-14 ปี, โครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, โครงการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี, โครงการกินอยู่ปลอดภัย ห่างไกลโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง, โครงการรู้ไว้ รู้ทัน ป้องกันมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก, โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยผู้สูงอายุและผู้พิการ, โครงการรวมพลังหยุดยั้งวัณโรค, โครงการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร และโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรปฐมภูมิและคณะกรรมการ คปสอ. บ้านแพ้ว

ประชากรตามกลุ่มวัยที่ได้รับการคุ้มครองและพบว่าไม่ผลิตตกปกติได้รับการนัดหมายโดยแพทย์ ตรวจรักษา ให้ข้อมูลการรักษา และมีภาวดีติดตามเฝ้าระวังให้การรักษาย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้

ผลลัพธ์ที่ 1

เป้าประสงค์ 1.2 ขับเคลื่อนบริการทุยภูมิ ผู้ชุมชน เพื่อให้ผู้ใช้บริการ สามารถเข้าถึงอย่างสะดวก และลดความแออัด, การรอคอยในโรงพยาบาล

ผลผลิตที่ 2 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง

ผลลัพธ์ที่ 2 ส่งเสริมการให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ มีแพทย์ออกให้บริการเวชศาสตร์ชุมชน และมีการแลกเปลี่ยนในเครือข่าย

เป้าประสงค์ 1.3 มีระบบดูแลผู้สูงอายุ ตามกลุ่มปัญหา ที่สอดคล้องกับบริการที่มีคุณภาพ

ผลผลิตที่ 3 สร้างระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้วัยระยะสุดท้ายตามกลุ่มปัญหาที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ

ผลลัพธ์ที่ 3 ความสำเร้งในการจัดระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและระบบการเข้าถึงในภาวะเร่งด่วน ที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ได้แก่ โครงการพัฒนาประสิทธิภาพคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล, สร้างหอพักผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลและฟื้นฟู, โครงการระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย(Palliative care) ให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการจัดการความเจ็บปวด และการวางแผนจำหน่ายและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

เป้าประสงค์ 1.4 ชุมชนและท้องถิ่นร่วมดูแลจัดระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเี่ยวช่วยและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตามอัตรา

ผลผลิตที่ 4

สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้อต่อบริการสุขภาพและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ โดยมีส่วนร่วมกับท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ในรูปแบบบ้านผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์ที่ 4

ความสำเร้งในการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวรูปแบบบ้านผู้สูงอายุ, เพิ่มศักยภาพระบบบริการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

ภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ 1.5 เพิ่มศักยภาพการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นรายโรคที่มีความซับซ้อนและเป็นปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

ผลผลิตที่ 5

1) พัฒนาและจัดวางระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน อย่างครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (สาขาอายุรกรรม)

2) ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

3) เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

4) พัฒนา COPD คลินิก ให้มีคุณภาพ ได้เกณฑ์

5) โครงการลดความเสียหายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบบูรณาการ

6) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

7) พัฒนาระบบรับและส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางสายตาร่วมกับภาคีเครือข่าย

8) พัฒนาระบบคัดกรองเด็กวัยเรียน โดยหน่วยรถเคลื่อนที่ (Mobile car unit)

9) จัดทำ Fast Tract way สำหรับเด็กที่มีสายตาศึกปกติ เพื่อส่งเข้ารับรักษาโดยจักษุแพทย์

10) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการได้ยิน ได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันโดยแพทย์และเข้าถึงบริการเครื่องช่วยฟัง

11) เสริมสร้างทักษะให้พ่อแม่ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กทุกช่วงวัย

12) พัฒนาศูนย์พัฒนาการให้ครอบครัวกลุ่มทุกวงจรงเป็น one stop service

ผลลัพธ์ที่ 5

ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์

เป้าประสงค์ 3.2 บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาสมรรถนะและมีทักษะในการปฏิบัติงาน อย่างมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงและประชาคมอาเซียน

ผลผลิตที่ 1 พัฒนาศักยภาพให้มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญเฉพาะสมกับตำแหน่ง สอดคล้องกับเป้าหมายและก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลง

ผลผลิตที่ 2 1) ได้พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ให้สามารถปฏิบัติงานและขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะ/ทักษะในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและมีความพร้อมรองรับการขยายบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน

เป้าประสงค์ 3.3 สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการและการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ผลผลิตที่ 1 จำนวนผลงานคุณภาพ, งานวิจัย, นวัตกรรม รวมถึงมีการจัดกิจกรรมมหกรรมคุณภาพ ปีละ 1 ครั้ง และความสำเร็จในการร่วมมือทางวิชาการกับองค์กรสถาบันทางวิชาการในการเรียนรู้

ผลผลิตที่ 1 ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างและเผยแพร่ผลงานวิจัย, นวัตกรรม

เป้าประสงค์ 3.4 บุคลากรมีพฤติกรรมการบริการและจิตสำนึกที่ดี มีความรัก ความผูกพันต่อองค์กร

ผลผลิตที่ 1 สร้างบรรยากาศในการทำงาน ให้เกิดความสุข ความรัก ความผูกพันต่อองค์กร ได้แก่ เพิ่ม/ปรับปรุงระเบียบสวัสดิการ ให้ทันสภาพการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งอำนวยความสะดวก, โครงการ

พัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่, กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคลากร, กิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม, โครงการคนดีขององค์กร

ผลผลิตที่ 1 มีบรรยากาศในการทำงาน ให้เกิดความสุข ความรัก ความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น

เป้าประสงค์ 3.5 โรงพยาบาลมีผลประกอบการที่ดี และมีเสถียรภาพด้านการเงินและการคลัง

ผลผลิตที่ 1 บริหารารายรับให้เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มสัดส่วนรายได้จากผู้รับบริการในกลุ่มประกันชีวิต รัฐวิสาหกิจและกลุ่มชำระเงินเอง, เพิ่มรายได้จากธุรกิจอื่นของโรงพยาบาล, เพิ่มขยายฐานผู้รับบริจาค

รวมถึงควบคุมและกำกับดูแลรายจ่ายและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คู่คุณค่า คู่คุณค่า

ผลผลิตที่ 1 โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น รวมถึงควบคุมรายจ่ายและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คู่คุณค่า คู่คุณค่า

เป้าประสงค์ 3.6 มีศูนย์วิเคราะห์ต้นทุน และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลผลิตที่ 1 เพิ่มศักยภาพและความสามารถในการวิเคราะห์ต้นทุนตามโครงสร้างหน่วยงานที่กำหนดและรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนของกิจกรรมหลัก

ผลผลิตที่ 1 โรงพยาบาลมีศักยภาพในการบริหารต้นทุน, มีกิจกรรมทบทวนการใช้ทรัพยากร

เป้าประสงค์ 3.7 สถานะสิ่งแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภคสะอาด ได้มาตรฐาน เพียงพอและปลอดภัยและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ผลผลิตที่ 1 ปรับปรุงสถานที่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเยียวยา และดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

ผลผลิตที่ 1 โรงพยาบาลมีสถานที่ สิ่งแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภคสะอาด ได้มาตรฐาน เพียงพอและปลอดภัย

การประเมินสำหรับ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ประกอบด้วย มิติ 4 ด้าน น้ำหนักรวมร้อยละ 100 ดังนี้

- | | | |
|--------------|---|-----------|
| 1. มิติที่ 1 | มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน | ร้อยละ 60 |
| 2. มิติที่ 2 | มิติด้านคุณภาพการให้บริการ | ร้อยละ 13 |
| 3. มิติที่ 3 | มิติด้านประสิทธิภาพของงานปฏิบัติงาน | ร้อยละ 10 |
| 4. มิติที่ 4 | มิติด้านการกำกับดูแลกิจการและการพัฒนาองค์กร | ร้อยละ 17 |

การประเมินสำหรับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) คำนวณจากผลคะแนนถ่วงน้ำหนักของมิติ 4 ด้าน ดังนี้

| ผลคะแนน | น้ำหนัก (%) | เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|---|-------------|---------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ผลคะแนนถ่วงน้ำหนักของมิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน | 60 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ผลคะแนนถ่วงน้ำหนักของมิติด้านคุณภาพการให้บริการ | 13 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ผลคะแนนถ่วงน้ำหนักของมิติด้านประสิทธิภาพของงานปฏิบัติงาน | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ผลคะแนนถ่วงน้ำหนักของมิติด้านการกำกับดูแลกิจการและการพัฒนาองค์กร | 17 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| รวม | 100 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



ตัวชี้วัดและเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์ ตามกฎหมาย | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | เป้าหมาย ปี 2559 | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | หมายเหตุ |
|---|---------------------------|-----------|---------------------|---------------------|---------------|---|---|---|---|----------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 60) | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|----|--|-------------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ด้านบริการ | 1. ให้บริการด้านการ รักษาพยาบาลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกัน โรค และการฟื้นฟู สุขภาพแบบองค์ รวม | 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา (หน่วย: ร้อยละ) | 10 | 80 | 78.27 (5.0000) | 78.58 (3.3580) | 80.83 (3.5178) | 74.50 | 77.75 | 81.00 | 84.25 | 87.50 | - ตัวชี้วัดต่อเนื่อง - ตัวชี้วัดผลลัพธ์ - ค่าเป้าหมายของ รพบ. ต้องมากกว่าร้อยละ 80 |
| ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | | | | | | | | | |
| ปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 2556 | 2557 | 2558 | 2557 | 2558 | 2558 | 2558 | 2558 | |
| | | | | | จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา | 2,618 | 2,770 | 2,986 | 3,345 | 3,525 | 3,694 | 78.27 | 80.83 |
| | | | | | จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด | 3,345 | 3,525 | 3,694 | 3,345 | 3,525 | 3,694 | 78.27 | 80.83 |
| | | | | | คิดเป็นร้อยละ | 78.27 | 78.58 | 80.83 | 78.27 | 78.58 | 80.83 | 78.27 | 80.83 |

| สูตรการคำนวณ | คำอธิบาย |
|--|--|
| <p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา</p> <p>โรคเบาหวานที่ ได้รับการตรวจจอประสาทตา</p> <p>÷</p> <p>จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนไว้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 X 100</p> | <p>คำอธิบาย</p> <p>1. ภาวะเบาหวาน หมายถึง ภาวะน้ำตาลเหลือสูงในเลือดจนเกินปกติ เนื่องจากสาเหตุจากน้ำตาลผิดปกติ ทำให้น้ำตาลถูกขับออกทางปัสสาวะ ความผิดปกตินี้อาจมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น กรรมพันธุ์, ภาวะอ้วน, หรือขาดการออกกำลังกายระดับน้ำตาลในเลือดที่ถือว่าเกินภาวะเบาหวาน ต้องมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p> <p>2. เบาหวานขึ้นตา คือ โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นเวลานานหลายปี ทำให้เส้นเลือดฝอยที่วางกายเปลี่ยนแดงไป เช่น ที่ผนังหลอดเลือดในจอประสาทตาจะเกิดการผิดปกติ มีเม็ดเลือด น้ำเหลือง และไขมัน ซึมออกมาในจอประสาทตา ทำให้จอประสาทตาบวมขาดออกซิเจน เป็นเช่นนั้นๆ เข้า จะเกิดเส้นเลือดออกใหม่ มีเลือดออกง่าย น้ำในตาขุ่นมัว จอประสาทตาออกและทำให้ตาบอดในที่สุด เรียกว่าแทรกซ้อนที่เกิดที่จอประสาทตาในตาของผู้ป่วยเบาหวานว่า “เบาหวานขึ้นตา”</p> <p>3. การตรวจจอประสาทตา ดำเนินการตรวจโดยจักษุแพทย์ ผ่านกล้องตรวจตาด้วยระบบดิจิทัล (Digital slit lamp microscope) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การดำเนินงาน | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เป้าหมาย | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | หมายเหตุ | | | | | | | |
|---|---|--|------------|----------|---------------|------|------|-------|---|----------|---|---|---|------|------|------|---|
| | | | | | ปี 2559 | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ | 1. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม | 1.2 ระดับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาเมื่อพบว่าเป็นโรค 1.2.1 ระดับความสำเร็จของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษา (หน่วย: ระดับ) | (25) | 10 | 3 | - | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | - ตัวชี้วัด Hybrid (ผลผลิต + ผลลัพธ์) - ตัวชี้วัดเดิมวัดต่อเนื่อง - ค่าเป้าหมายของ รพพ. ต้องมากกว่าร้อยละ 90 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 2556 | 2557 | 2558 | 1 |
| คำอธิบาย | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy) เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดขนาดเล็ก (microangiopathy) ที่จอประสาทตา ทำให้เส้นเลือดมีการถูกทำลายและเกิดการอุดตัน จอประสาทตาส่วนที่อยู่ใกล้ตมยงจึงขาดเลือด (ischemia) มีการหลั่งสารกระตุ้นให้เส้นเลือดใหม่ที่มีผิดปกติ (neovascularization) จากเส้นเลือดบริเวณข้างเคียงมาสู่บริเวณที่ ischemia แต่เส้นเลือดเกิดใหม่มีกำแพงที่แข็งแรงกว่าเส้นเลือดปกติ (ทำให้เกิดเลือดออกในจอประสาทตาและวุ้นตา) และอาจถึงขั้นจอประสาทตาออกทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. การรักษาโดยเลเซอร์ จะช่วยชะลอหรือหยุดโรคไม่ให้ลุกลามมากขึ้น การรักษาดูแลเชิงป้องกันซึ่งเมื่อพบมีหลอดเลือดใหม่เกิดขึ้น หรือเป็น severe NPDR (Non-Proliferative diabetic retinopathy) และควรให้การรักษาโดยเลเซอร์ทันทีเมื่อผู้ป่วยมี high risk PDR (Proliferative diabetic retinopathy) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ 1 ร้อยละ 98 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 30 วัน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ 2 ร้อยละ 99 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 30 วัน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ 3 ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 30 วัน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ 4 ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 30 วัน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และมีการติดตามผลการรักษา | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ 5 ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 30 วัน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| และมีการสรุปผลการรักษา พร้อมแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรักษา | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ปีงบประมาณ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 2556 | | | | | 2557 | | | | | 2558 | | | | |
| ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ภายใน 30 วัน | | | - | | | | | 583 | | | | | 717 | | | | |
| ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั้งหมด | | | - | | | | | 584 | | | | | 717 | | | | |
| คิดเป็นร้อยละ | | | - | | | | | 99.83 | | | | | 100.00 | | | | |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมาย | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | เป้าหมาย ปี 2559 | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | หมายเหตุ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------|------------------|---------------|-------|----------------|------|----|----------|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|------------|------|------|------|--|--|--|--|
| | | | | | ปีงบประมาณ | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ | 1. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามมาตรฐานทางมาตฐานทางการแพทย์ | 1.2.2 อัตราความสำเร็จของการเปิดหลอดเลือดตนเองได้ ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (หน่วย: ร้อยละ) | 5 | 50 | - | 70.58 | 72.73 (2.6973) | 67 | 70 | 73 | 76 | 79 | <ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัดผลลัพธ์ - ตัวชี้วัดเดิมวัดต่อเนื่อง - ค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ต้องมากกว่าร้อยละ 50 - ค่าเป้าหมายของ รพบ. ต้องมากกว่าร้อยละ 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ข้อมูลพื้นฐาน</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่รับยา tTPA และสามารถเปิดหลอดเลือดสมองได้</td> <td></td> <td></td> <td>12</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันทั้งหมด</td> <td></td> <td>-</td> <td>17</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td colspan="2">คิดเป็นร้อยละ</td> <td></td> <td>-</td> <td>70.58</td> <td>72.73</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | ข้อมูลพื้นฐาน | | ปีงบประมาณ | 2556 | 2557 | 2558 | ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่รับยา tTPA และสามารถเปิดหลอดเลือดสมองได้ | | | |
| ข้อมูลพื้นฐาน | | ปีงบประมาณ | 2556 | 2557 | 2558 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่รับยา tTPA และสามารถเปิดหลอดเลือดสมองได้ | | | | 12 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันทั้งหมด | | | - | 17 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คิดเป็นร้อยละ | | | - | 70.58 | 72.73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>คำอธิบาย</p> <p>ปัจจุบันทางการแพทย์ได้กำหนดระยะเวลาที่สามารถให้ยา tTPA (ยาละลายลิ่มเลือด) ในระยะเวลาที่เหมาะสมคือ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ยาและญาติยินยอม (แต่ถ้าเกิน 4.5 ชั่วโมง จะเกิดเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยมากกว่า เพราะยา tTPA ที่ห่อจะไปทำให้เลือดกระจายไปที่เยื่อหุ้มสมองบริเวณที่เนื้อสมองตาย)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>สูตรการคำนวณ</p> <p>อัตราการประสบ อัตราการประสบ ความสำเร็จในการให้ ยา tTPA และ สามารถเปิดหลอดเลือด เลือดสมองได้ = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมาย | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เป้าหมาย | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | เกณฑ์การให้คะแนน | หมายเหตุ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------|----------|---------------|-------|-------|------|----|------------------|----------|------|------------------------------------|--|------|------|------|---|--|----|----|----|---|--|-----|-----|-----|---------------|--|-------|-------|-------|
| (ร้อยละ) | ปี 2559 | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ | 1. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์ | 1.2.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute Myocardial Infarction (AMI)) (หน่วย : ร้อยละ) | 5 | 16.5 | 19.20 | 16.33 | 16.67 | 17.5 | 17 | 16.5 | 16 | 15.5 | - ตัวชี้วัดผลลัพธ์ - ตัวชี้วัดใหม่ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ข้อมูลพื้นฐาน <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ปีงบประมาณ</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย</td> <td></td> <td>24</td> <td>24</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย</td> <td></td> <td>125</td> <td>147</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td>คิดเป็นร้อยละ</td> <td></td> <td>19.20</td> <td>16.33</td> <td>16.67</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | ปีงบประมาณ | | 2556 | 2557 | 2558 | จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย | | 24 | 24 | 25 | จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย | | 125 | 147 | 150 | คิดเป็นร้อยละ | | 19.20 | 16.33 | 16.67 |
| ปีงบประมาณ | | 2556 | 2557 | 2558 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย | | 24 | 24 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย | | 125 | 147 | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คิดเป็นร้อยละ | | 19.20 | 16.33 | 16.67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำอธิบาย <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป อายุมากกว่า 18 ปี ที่มี principle diagnosis (pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ การเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสถานพยาบาลของผู้ป่วย AMI ที่มี pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น AMI และมีสาเหตุการตายจากโรค AMI การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรการคำนวณ $\frac{\text{อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ}}{\text{จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 X 100}} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย}}{\text{จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย}} \times 100$ <p style="text-align: right;">ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การดำเนินงาน | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เป้าหมาย | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | หมายเหตุ | | | |
|---|--|--|---------|----------|---------------|-------|----------------|----|----|----------|------|-----|---|
| | | | | | ปีงบประมาณ | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ | 3. ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลและกรมส่งเสริมการเกษตร | 1.2.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช.ไอ.วี. ที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน | 5 | 90 | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | - ตัวชี้วัดผลลัพธ์ - ตัวชี้วัดเชิงวัดต่อเนื่อง - ค่าเป้าหมายของกรมส่งเสริมการเกษตร ต้องมากกว่าร้อยละ 90 |
| | | | | | 89.93 | 94.32 | 97.87 (5,0000) | 93 | 94 | 95 | 97.5 | 100 | |
| ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | | | | | | | | | |
| ปีงบประมาณ | | | 2556 | 2557 | 2558 | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน | | | 375 | 415 | 506 | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน | | | 417 | 440 | 517 | | | | | | | | |
| คิดเป็นร้อยละ | | | 89.93 | 94.32 | 97.87 | | | | | | | | |

| คำอธิบาย | สูตรการคำนวณ |
|---|--|
| 1. CD 4 หมายถึง เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เป็นตัวหลักในการกำจัดและควบคุมเชื้อโรคบางชนิด อีกทั้งบทบาทในการสร้างภูมิคุ้มกันในร่างกายใช้เป็นอาวุธต่อสู้กับเชื้อโรคด้วย | จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการตรวจติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 X 100 |
| 2. การตรวจ CD 4 หมายถึง การตรวจเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4 ในเลือด 1 ไมโครลิตร (ประมาณ 1 หยด) โดยทั่วไปคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติจำนวน CD 4 ประมาณ 700 cells/mm3 ขึ้นไป ถ้าหากผลการตรวจ CD 4 มีค่าต่ำกว่า 200 cells/mm3 ก็ถือว่าภูมิคุ้มกันบกพร่อง | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 |
| 3. ไวรัสเอชไอวีกับระดับ CD4 ไวรัสเอชไอวีเป็นเชื้อที่ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเชื้อชนิดนี้จะมีความจำเพาะกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่ชื่อ ที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่คุ้มกันป้องกันและทำลายการติดเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมชนิดต่างๆ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนี้ช่วยเพิ่มเซลล์มีส่วนประกอบที่เรียกว่า CD 4 ซึ่งเป็นตำแหน่งสำคัญที่จำเพาะต่อการเกาะตัวของอนุภาคของไวรัสเอชไอวี ดังนั้นจึงอาจเรียกที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) ว่าเม็ดเลือดขาว ชนิด CD 4 เมื่อเริ่มติดเชื้อใหม่ๆ จำนวนเชื้อไวรัสจะมีไม่มาก ก็จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในร่างกายมากขึ้นๆ ด้วยการทำลาย ที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) ชนิดนี้ไปเรื่อยๆ ถ้ายังร่างกายอ่อนแอและภูมิคุ้มกันต่ำไม่เกิดการเพิ่มจำนวนของไวรัสด้วยการทำลายเซลล์ที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) ก็จะยังมีมากขึ้นและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนไวรัสมากขึ้น ดังนั้น การตรวจหาระดับความรุนแรงของโรคเอชไอวี ซึ่งสามารถตรวจด้วยการตรวจหาปริมาณที ลิมโฟไซต์ (T lymphocyte) หรือเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 + T-cell) ที่เรียกว่า “ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD 4” ซึ่งจะมีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีประมาณกี่ปี ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ก็จะมีความสัมพันธ์กันกับระดับความรุนแรงของโรคเอชไอวี | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 |
| 4. ยารักษาโรคเอชไอวี (หรือยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี) หมายถึง ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีมีผลลดจำนวนเชื้อไวรัสให้น้อยลง พร้อมทั้งเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 เพิ่มมากขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น โอกาสที่จะติดเชื้อโรคบางอย่างจะลดลง และสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ ดังนั้นผู้ป่วยเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสควรตรวจระดับ CD4 เมื่อปีละครบ 6 เดือน และตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องทุกๆ 6 เดือน | |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมาย | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ปี 2559 | ข้อมูลพื้นฐาน | | | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | หมายเหตุ |
|---|---|---|------------------|---------|---------------|------|------|------------------|----|----|----|-----|------------------------------------|
| | | | | | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ | 1. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพตามมาตรฐานทาง การแพทย์ | 1.4 การดูแลเด็ก อายุ 0 – 5 ปี 1.4.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยแบบประเมิน DSPM (หน่วย: ร้อยละ) | 5 | 90 | - | - | - | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | ตัวชี้วัดผลผลิต - ตัวชี้วัดใหม่ |
| <p>คำอธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Developmental Surveillance and promotion Manual (DSPM) เป็นคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) - ปัญหาพัฒนาการ คือ การที่เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (1)พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (3) พัฒนาการด้านการเข้าสังคม (4)พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม - การคัดกรองพัฒนาการ คือ การที่เจ้าหน้าที่ประเมินเด็กอายุ 0 – 5 ปี ตามแนวทางการใช้คู่มือ DSPM โดยจะทำการประเมินในเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน และ 30 เดือน ที่มารับบริการคัดวัดขึ้นที่โรงพยาบาลทุกราย | | | | | | | | | | | | | |
| <p>สูตรการคำนวณ</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปีที่ได้รับ การคัดกรองพัฒนาการด้วยแบบ ประเมิน DSPM</p> <p>เด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยแบบประเมิน DSPM ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 X 100</p> <p>เด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มารับวัดขึ้นที่โรงพยาบาลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559</p> | | | | | | | | | | | | | |



| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การจัดตั้ง ตามกฎหมาย | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เป้าหมาย ปี 2559 | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | หมายเหตุ | | | |
|---|---|---|---------|---------------------|---------------|------|------|----|----|----------|----|----|---------------------------------------|
| | | | | | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ด้านบริการ ครอบครัวที่ดี สุขภาพแบบองค์ รวม | รักษาพยาบาล ทั่วไป การส่งเสริม ป้องกันโรค และการ ฟื้นฟูสุขภาพตาม มาตรฐานทาง การแพทย์ | 1.4.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ได้รับการประเมิน พัฒนาการแล้วพบว่าไม่มีปัญหา พัฒนาการไม่สมวัยได้รับการ ประเมินและส่งเสริม พัฒนาการเบื้องต้นด้วยกุมาร แพทยศาสตร์พัฒนาการและ พฤติกรรมภายใน 30 วัน (หน่วย: ร้อยละ) | 5 | 80 | - | - | - | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | - ตัวชี้วัดผลลัพธ์ - ตัวชี้วัดใหม่ |
| <p>คำอธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาการพัฒนามีสมวัย หมายถึง เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าหลังรับการประเมิน DSPM ครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน (หลังผู้ปกครองไปฝึกกระตุ้นเด็กเรียบร้อยแล้วซึ่งหมายความว่าเด็กน่าจะมีปัญหาพัฒนาการช้าจริงในด้านต่าง ๆ (ไม่ได้เกิดจากการขาดการกระตุ้นจากผู้ปกครอง) - กุมารแพทยศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม หมายถึง แพทย์เฉพาะทางซึ่งสามารถประเมินและให้การวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ปกครองได้ทันที เพื่อคลายความกังวลในกรณีที่ต้องรอคิวนัดตรวจนาน | | | | | | | | | | | | | |
| <p>สูตรการคำนวณ</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการแล้วพบว่าไม่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเบื้องต้นด้วยกุมารแพทยศาสตร์พัฒนาการและ</p> <p>เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยจาก DSPM ครั้งที่ 2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559</p> | | | | | | | | | | | | | |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การจัดตั้งตามกฎหมาย | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | เป้าหมาย ปี 2559 | ข้อมูลพื้นฐาน | | | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | หมายเหตุ | | |
|---|---------------------------------|-----------|------------------|---|--|------|------|------------------|----------------|----|----|----|----------|----|--|
| | | | | | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 13) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม | | | | 2.1 ระดับความสำเร็จของการสำรวจความพึงพอใจและพัฒนาการให้บริการ (หน่วย: ระดับ) | 10 | 3 | - | - | 87.40 (4,4800) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | - ตัวชี้วัดบังคับ - รายละเอียดต่างๆ ให้เข้าไปตามที่กำหนดในหนังสือเวียน สำนักงาน ก.พ.ร. ที่ นร 1200/ว14 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 2558 |
| | | | | | <p>คำอธิบาย ผลการสำรวจระดับความพึงพอใจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 – 2558 คือ ร้อยละ 85.53, 85.80 และ 87.40 ตามลำดับ</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 1 ร้อยละ 70 ระดับ 2 ร้อยละ 75 ระดับ 3 ร้อยละ 80 และองค์การมหาชนรายงานผลการปรับปรุงงานตามผลการสำรวจของปีงบประมาณพ.ศ. 2558 ต่อคณะกรรมการองค์การมหาชน ระดับ 4 ร้อยละ 85 และองค์การมหาชนรายงานผลการปรับปรุงงานตามผลการสำรวจของปีงบประมาณพ.ศ. 2558 ต่อคณะกรรมการองค์การมหาชน ระดับ 5 ร้อยละ 90 และองค์การมหาชนรายงานผลการปรับปรุงงานตามผลการสำรวจของปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ต่อคณะกรรมการองค์การมหาชน</p> | | | | | | | | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการ ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวม | | | | 2.2 ร้อยละของการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการภายในเวลาที่กำหนด (30 วัน) (หน่วย: ร้อยละ) | 3 | 80 | - | - | 88.89 (16/18) | 79 | 84 | 89 | 91 | 93 | - ตัวชี้วัดเลือก - ตัวชี้วัดเดิมวัดต่อเนื่อง |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| ยุทธศาสตร์ | วัตถุประสงค์การดำเนินงาน | ตัวชี้วัด | น้ำหนัก | เป้าหมาย | ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | เกณฑ์การให้คะแนน | หมายเหตุ | | |
|---|--------------------------|--|---------|----------|---------------|-------|--------|------|----|------------------|----------|-----|--|
| | | | | | ปี 2559 | 2556 | 2557 | 2558 | 1 | | | 2 | 3 |
| มิติที่ 3 มิติคุณภาพของการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 10) | | | | | | | | | | | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3: เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหาร จัดการ เพื่อรองรับ การเติบโตอย่าง ยั่งยืนของ โรงพยาบาล | | 3.1 ร้อยละของการเบิกจ่ายตาม แผนการใช้จ่ายเงิน (หน่วย: ร้อยละ) | 3 | 90 | 99.23 | 98.77 | 101.05 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | - ตัวชี้วัดบังคับ - รายละเอียดต่างๆ ให้เป็นไป ตามที่กำหนดใน หนังสือเวียน สำนักงาน ก.พ.ร. ที่ นร 1200/ว14 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 2558 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3: เพิ่มประสิทธิภาพ ระบบบริหาร จัดการ เพื่อรองรับ การเติบโตอย่าง ยั่งยืนของ โรงพยาบาล | | 3.2 ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินการตามมาตรฐานการ ประหยัดพลังงานขององค์การ มหาชน | (2) | | | | | | | | | | |

