

# PERFORMANCE AGREEMENT



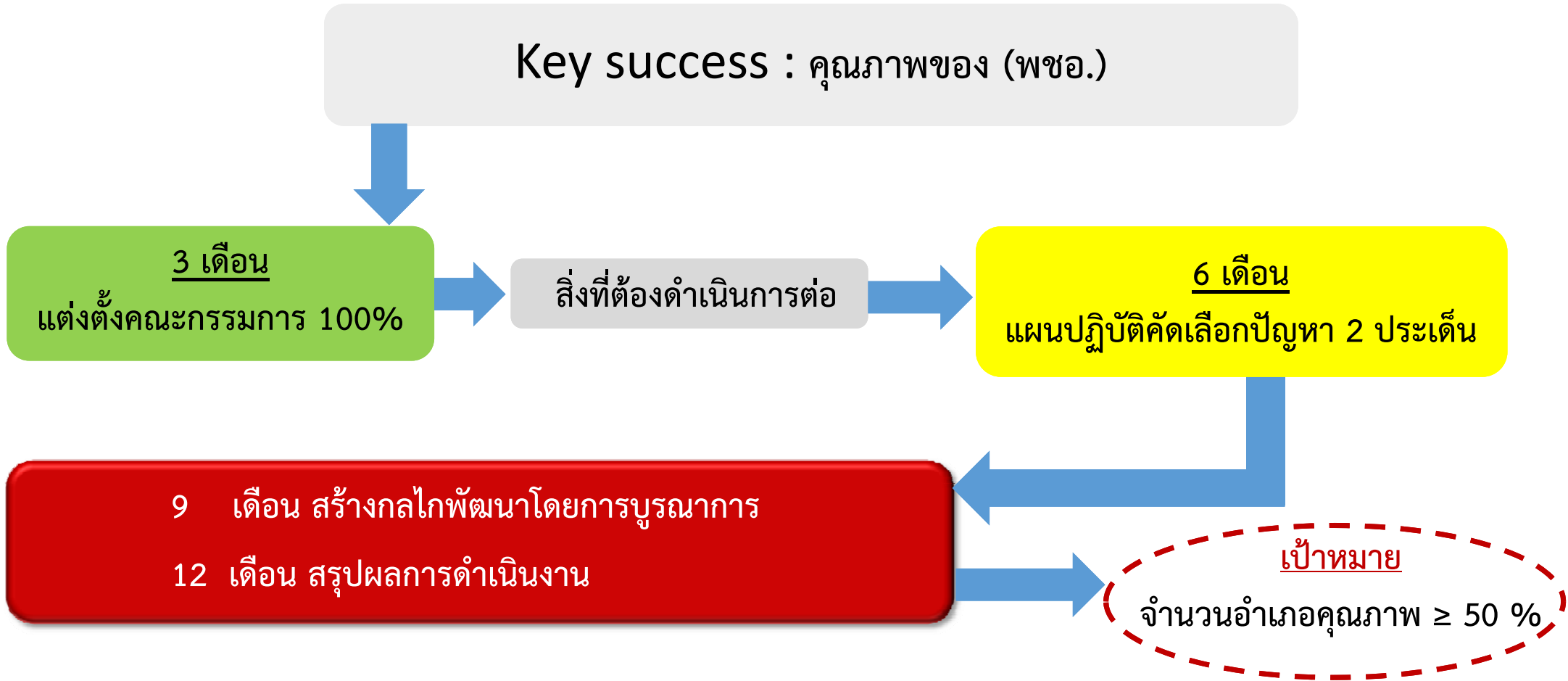
ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
ประจำปีงบประมาณ 2561  
7 กุมภาพันธ์ 2561

แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร  
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข



คณะกก. พชอ. ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 50

Key success : คุณภาพของ (พชอ.)



1

ตัวชี้วัดที่ 13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

District Health Board

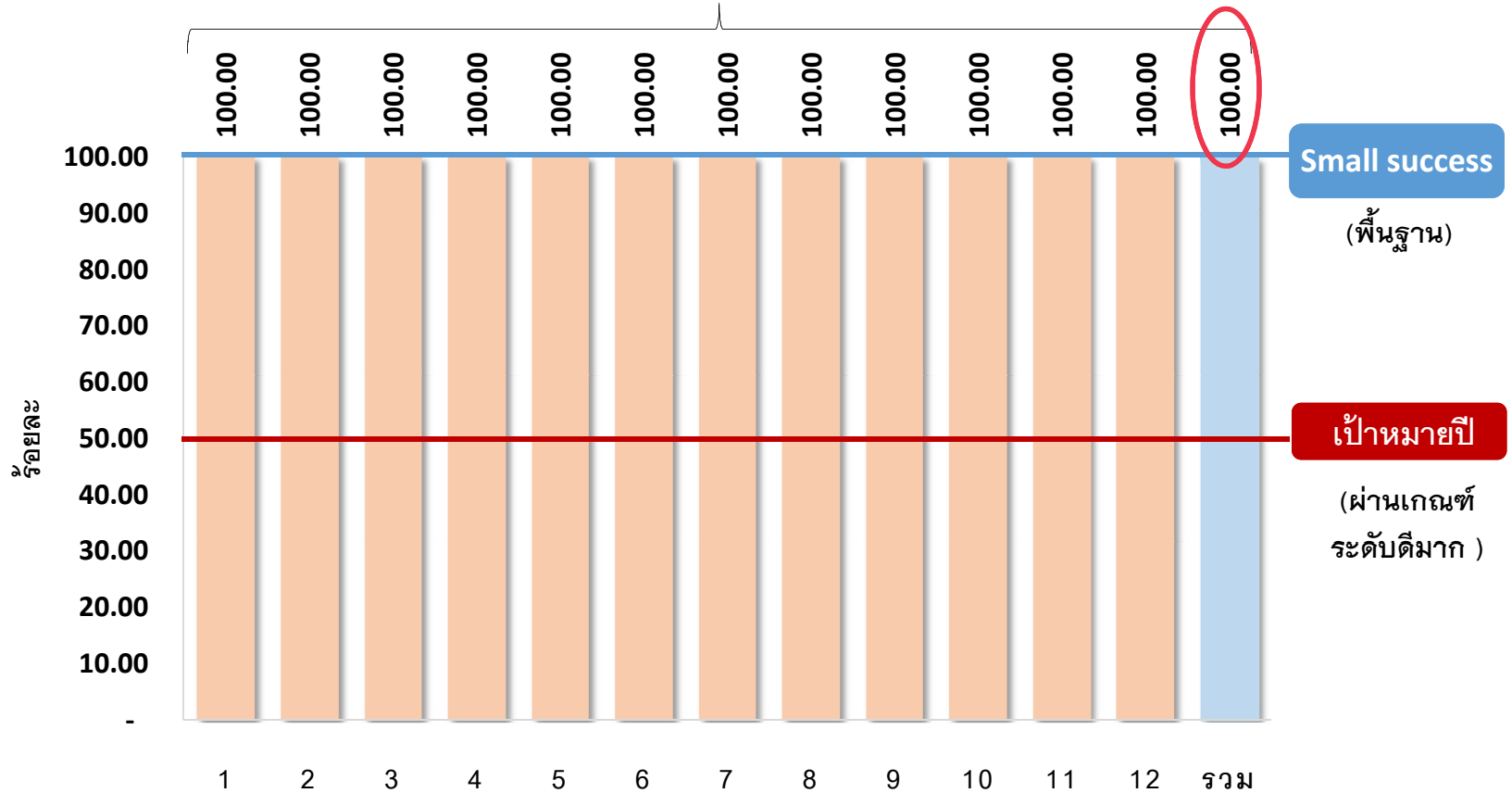
เป้าหมายปี : ร้อยละ 50

ทุกเขตมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ (พชอ.)

Small Success

การแต่งตั้ง

คณะกรรมการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตระดับ  
อำเภอ (พชอ.)



หมายเหตุ : ได้จัดทำร่างคำสั่งแล้วรอนายอำเภอลงนาม

เขตสุขภาพ

แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561

จังหวัดมีศูนย์ EOC และทีม SAT ที่ปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ 85

Key Success : ศูนย์ EOC/ ทีม SAT ปฏิบัติงานได้จริง

3 เดือน ผู้บัญชาการ/รองฯเหตุการณ์ฉุกเฉินผ่านหลักสูตร ICS 76%  
6 เดือน ทีมปฏิบัติการ (Operation Section)/ จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

9 เดือน วิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพ  
12 เดือน ศูนย์ EOC จ.ซ้อมแผน/ยกระดับภาวะฉุกเฉิน

เป้าหมาย

จังหวัดมีศูนย์ EOC และทีม SAT ที่ปฏิบัติงานได้จริง ร้อยละ 85

2

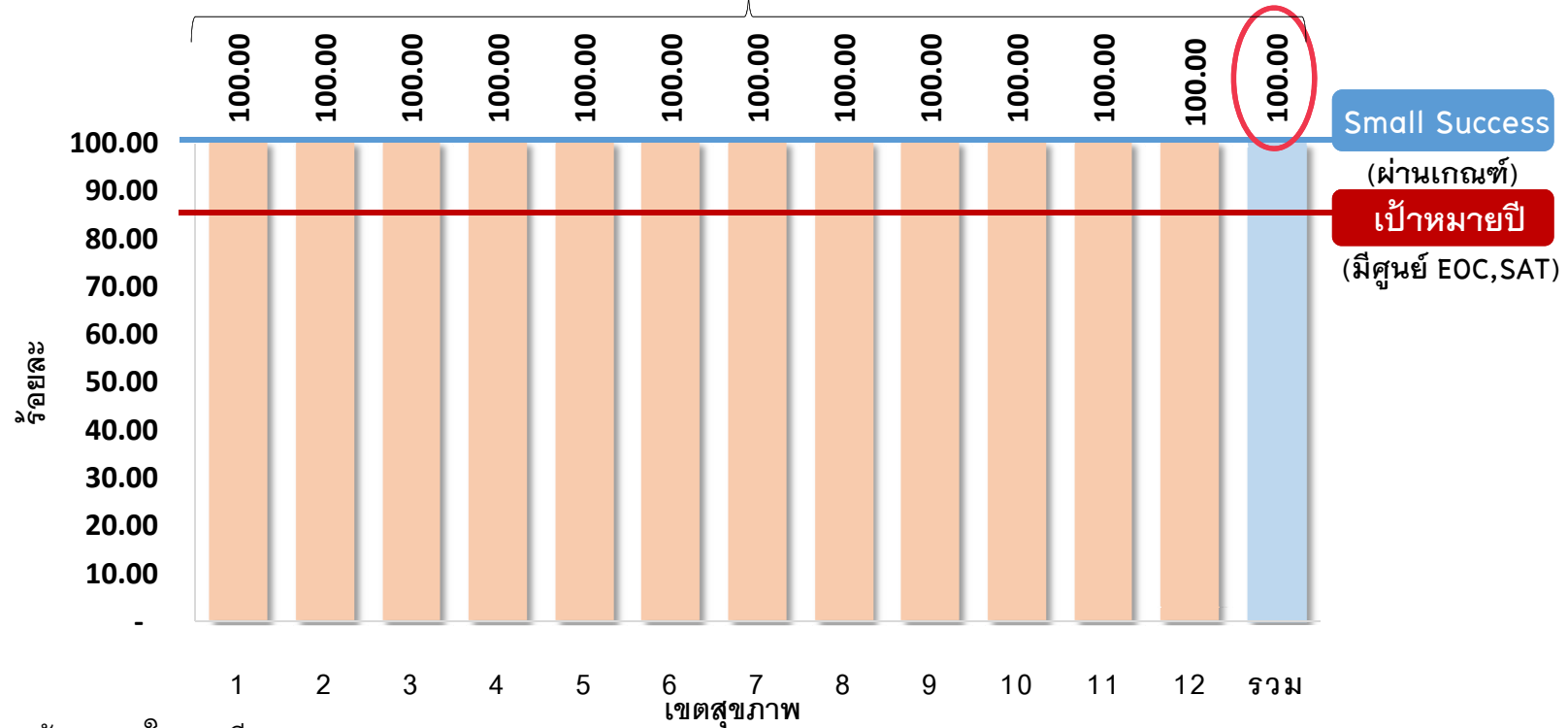
ตัวชี้วัดที่ 14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

EOC  
Small  
Success

เป้าหมายปี : ร้อยละ 85

ทุกเขตดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1

ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้  
ผู้บัญชาการและรองผู้บัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการ (EOC) ระดับจังหวัด ได้รับการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร



หมายเหตุ : อบรม ICS ได้ 76% คาดว่าจะครบถ้วนภายใน 31 มีนาคม 2561

แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561

รพ. ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

Key success : รพ.ผ่านเกณฑ์อนามัยสิ่งแวดล้อม

3 เดือน ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90)  
พื้นฐาน 93.64%

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

6 เดือน ผ่านระดับพื้นฐาน 95% ดีขึ้นไป  
50%  
9 เดือน ผ่านระดับพื้นฐาน 100%  
12 เดือน ผ่านระดับดีมาก 20%

เป้าหมาย

รพ. พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์  
GREEN&CLEAN Hospital ร้อยละ 100

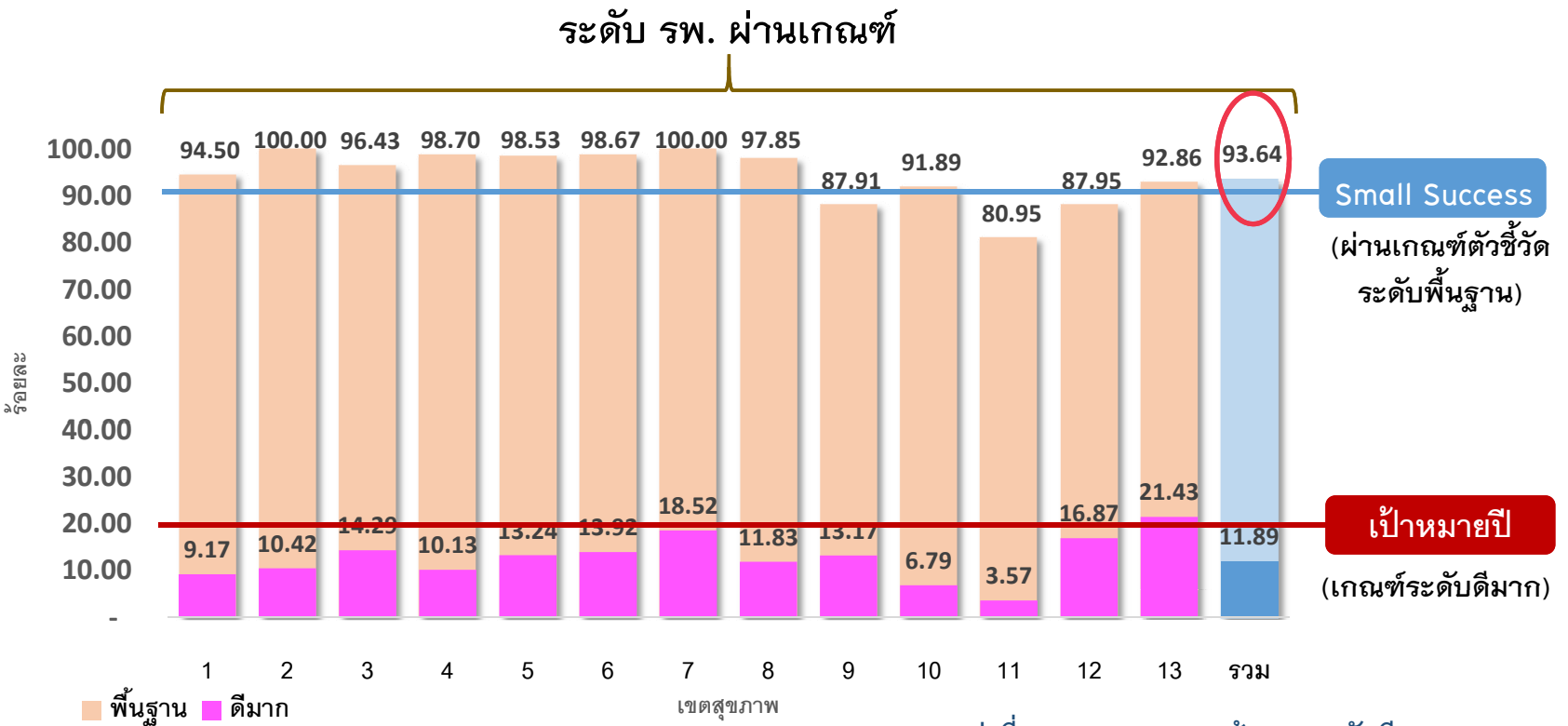


ตัวชี้วัดที่ 23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์  
GREEN&CLEAN Hospital

Green & Clean Hospital  
**Small Success**

เป้าหมายปี : - ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก  
- โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ  
ระดับพื้นฐานขึ้นไป  
ร้อยละ 90



Small Success  
(ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด  
ระดับพื้นฐาน)

เป้าหมายปี  
(เกณฑ์ระดับดีมาก)

แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561



คลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ปี 61 ร้อยละ 36 = 574 ทีม (สะสม = ร้อยละ 36 = 1,170 ทีม)

Key success : มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและศูนย์เรียนรู้ประจำเขต

ทีมสะสมปี 2559 – 2560 จำนวน 596 ทีม

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

ผลงานสะสม

6 เดือน 788 ทีม

9 เดือน 1,044 ทีม

12 เดือน 1,170 ทีม

เป้าหมาย

คลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการ 36% 574 ทีม

(สะสม 1,170 ทีม) 1,170

4

ตัวชี้วัดที่ 25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

Primary care Cluster

เป้าหมายปี : ร้อยละ 36 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม)

**Small  
Success**

เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม

724 ทีม (สะสม)  
ร้อยละ 22.30

เขต	ทีมสะสม	เขต	ทีมสะสม
1	64	7	48
2	44	8	36
3	38	9	44
4	57	10	44
5	59	11	36
6	61	12	40
		รวม	573

- หมายเหตุ :
- จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการ เป้าหมายปี 2561 จำนวน = 574 ทีม มีข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2560 จำนวน 596 ทีม รวม 1,117
  - เปิดระบบให้ลงทะเบียน ในเดือน พฤษภาคม 2561
  - รอแพทย์จบใหม่และแพทย์อบรมระยะสั้น
  - ข้อมูลสะสม ปี 2559 – 2560 (573 ทีม)

แหล่งที่มา : ข้อมูลจากระบบลงทะเบียนของ สปค. ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2561

รพ.ใช้ยาสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 1 : 80% RDU ชั้นที่ 2 : 20%

รพ.จัดการ AMR อย่างบูรณาการ ร้อยละ 70

Key success : ใช้ยาสมเหตุผล

RDU ชั้นที่ 1 : 68.50%  
ชั้นที่ 2 : 2.50%

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

6 เดือน ชั้นที่ 1 : 70%  
9 เดือน ชั้นที่ 1 : 80% ระบบ AMR 40%  
12 เดือน ชั้นที่ 1 : 80% ระบบ AMR 70%

เป้าหมาย  
RDU ชั้นที่ 1 : 80% ชั้นที่ 2 : 20% ระบบ AMR 70%

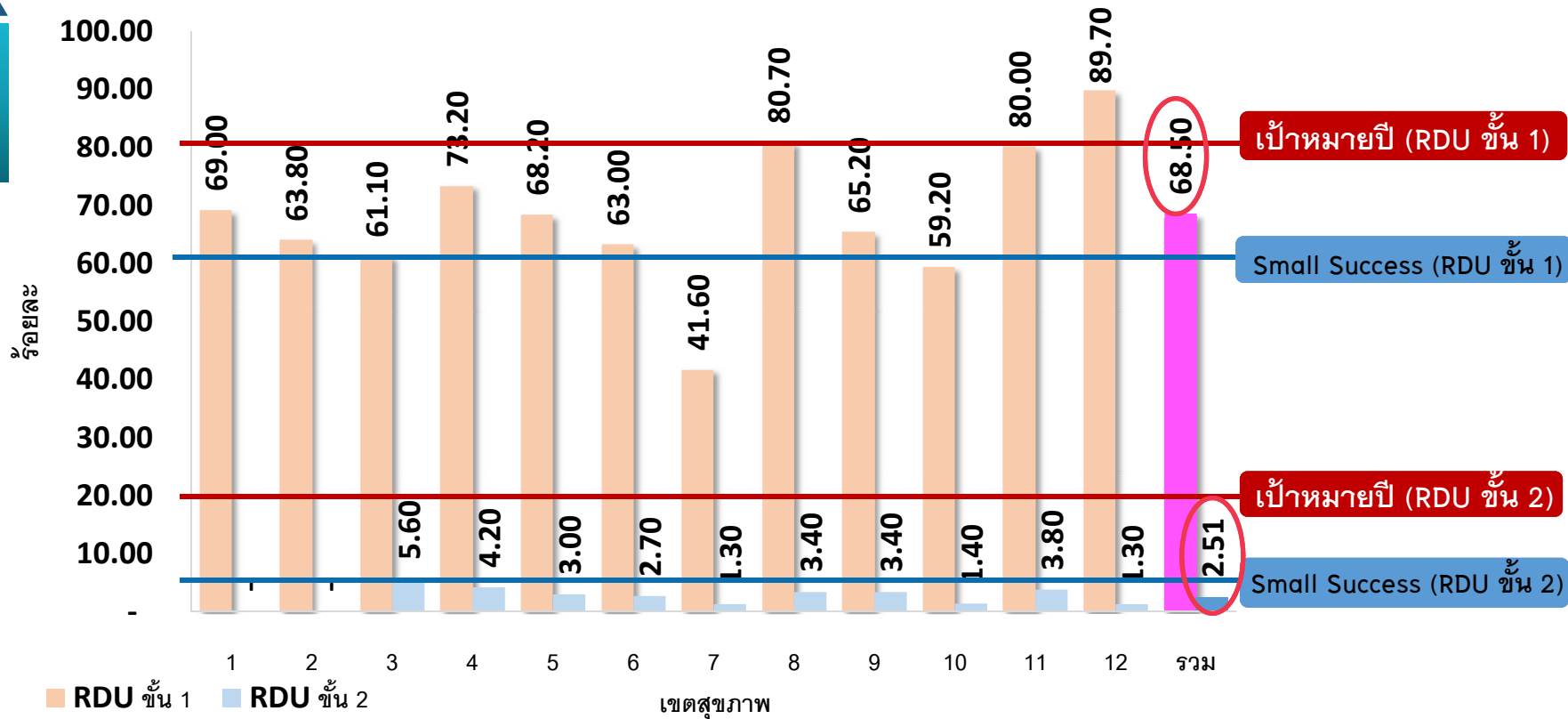
5

## ตัวชี้วัดที่ 29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

### RDU Small Success

- RDU ชั้นที่ 1 60%
- RDU ชั้นที่ 2 5%

เป้าหมายปี : RDU ชั้นที่ 1 80% ,RDU ชั้นที่ 2 20%,



แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 6 ก.พ. 2561

# ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 15

Key success : ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS

อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมินความพร้อม

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

- 3 เดือน เข้าใจ ODS /สามารถวางแผนพัฒนาบริการ
- 6 เดือน ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS 15 %
- 9 เดือน รพ.ทุกระดับทำ ODS อย่างน้อยเขตละ 2 แห่ง
- 12 เดือน ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS 15 %

เป้าหมาย

ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS 15 %

6

## ตัวชี้วัดที่ 48. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

### One Day Surgery

### Small Success

รอบ 3 เดือน ร้อยละ -  
รอบ 6 เดือน ร้อยละ 15  
รอบ 9 เดือน ร้อยละ -  
รอบ 12 เดือน ร้อยละ 15

เป้าหมายปี : ร้อยละ 15

รอบ 3 เดือนทุกเขต  
อยู่ระหว่างการดำเนินงาน  
ตามกิจกรรม

1

มีการประชุมชี้แจงแนวทาง  
ODS

2

มีการดำเนินงานจัดตั้ง  
ODS Unit

3

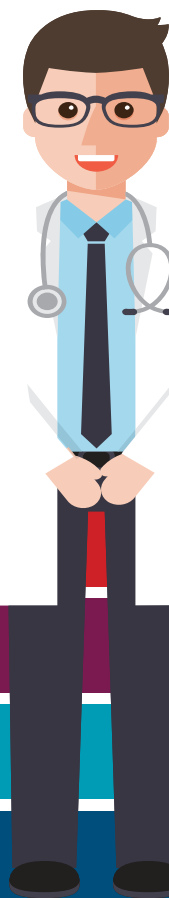
รพ. มีการประเมินตนเอง  
ตามเกณฑ์ ODS

4

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/  
คณะอนุกรรมการ ประเมิน  
รพ. เป้าหมายตามเกณฑ์

5

มีการประเมินความพร้อม  
รพ. เป้าหมาย ODS



อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชั่วโมง รพ F2ขึ้นไป ร้อยละ 12

Key success : ผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิต

3 เดือน มีระบบข้อมูล      ผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิต รพ.F2ขึ้นไป 2.69 %

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

- 6 เดือน มีระบบข้อมูล/การสาธารณสุข/ER  
คุณภาพ อย่างละ 40%
- 9 เดือน ระบบข้อมูล/การสาธารณสุข/ER  
คุณภาพ อย่างละ 60%
- 12 เดือน ระบบข้อมูล/การสาธารณสุข/ER  
คุณภาพ อย่างละ 80%

ER คุณภาพ  
รพ. M1-A

เป้าหมาย  
อัตราผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิต  
รพ.F2ขึ้นไป  $\leq 12\%$

7

ตัวชี้วัดที่ 50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง  
ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)



เป้าหมายปี : ร้อยละ 12\*

### 1. ระบบข้อมูล

	เขตสุขภาพ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
● มี National Triage	✓	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
● จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความปลอดภัย (ER Safety Goals)	✓	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
● ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการ รักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
● จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N/A
● สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนา ห้องฉุกเฉิน	✓	N/A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561



## อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 85

Key success : ค้นหารายใหม่ / รักษาต่อเนื่อง / NOC TB ทุกจังหวัด / จัดการข้อมูล  
เรื่องการ โอนออก และติดตามข้อมูล

รักษาสำเร็จ 95.44%

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

ลดอัตราการเสียชีวิต  
(ไตรมาส 1:4.56%)

เป้าหมาย  
การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สำเร็จ และไม่มี  
ผู้เสียชีวิต

## 51. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ (TB)

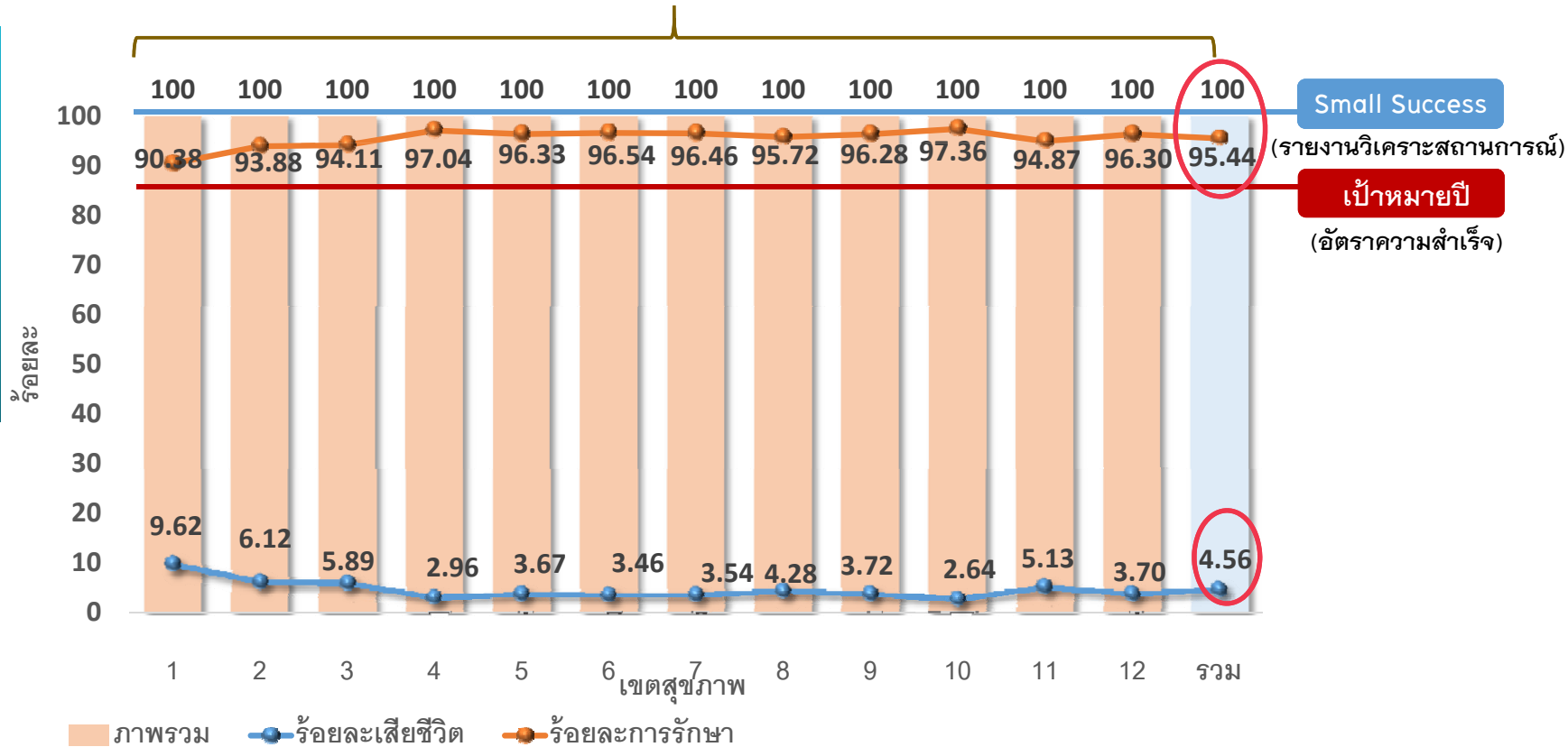
**TB**  
**Small**  
**Success**

## รายงานผลการวิเคราะห์

สถานการณ์ ขนาด  
ปัญหา กลุ่มเสี่ยง / พื้นที่  
เป้าหมายและช่องว่างการ  
ดำเนินงานพร้อม กำหนด  
มาตรการแนวทางแก้ไข  
ปรับปรุง พัฒนา

เป้าหมายปี : ร้อยละ 85

ภาพรวมผลการดำเนินงาน 12 เขต ทุกเขต  
มีการรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์



แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561

# เมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

Key success : การบูรณาการระดับจังหวัด

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

3 เดือน มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม/Zoning ปลุกสมุนไพร (นำร่อง 4 จังหวัด)

6 เดือน มีข้อมูลเกี่ยวข้องกับด้านสมุนไพร/ผู้เกี่ยวข้องได้รับการอบรม Business plan

9 เดือน ตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง

12 เดือน มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลเข้าสู่ GMP อย่างน้อย 1 แห่ง

ผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านแผน โทษฯ 20% /มูลค่าการใช้สมุนไพร

ในสถานบริการเพิ่มขึ้น 15 % /มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้น

ไม่น้อยกว่า 10 %

จังหวัดขยาย  
9 จังหวัด

เป้าหมาย

เมืองสมุนไพร 12 เขตสุขภาพ 13 จังหวัด

เป้าหมายปี : 12 เขต 13 จังหวัด

## Herbal City

## Small

## Success

## เขตสุขภาพ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. มีกลุ่มแกนนำ ด้านสมุนไพรอย่างน้อย 1 กลุ่ม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. มีการจัด Zoning พื้นที่ การปลูกสมุนไพร												
2.1 จังหวัดนำร่อง	เชียงราย					ปราจีนบุรี		สกลนคร			สุราษฎร์ธานี	
2.2 จังหวัดส่วนขยาย		พิษณุโลก	อุทัยธานี	สระบุรี	นครปฐม	จันทบุรี	มหาสารคาม		สุรินทร์	อำนาจเจริญ		สงขลา

หมายเหตุ : การจัด Zoning เน้นประเมินในจังหวัดนำร่องเท่านั้น

แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561

# อัตราการคงอยู่ของบุคลากร (Retention rate) ร้อยละ 85 %

Key success : การคงอยู่ของบุคลากร

การบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้าน  
สุขภาพมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

- กำหนดแผน/กิจกรรมเสริมธำรงรักษาบุคลากร
- ดำเนินการตามแผน / ติดตามผล
- อัตราการคงอยู่ (Retention rate) 85 %

เป้าหมาย

อัตราการคงอยู่ของบุคลากร ไม่น้อยกว่า 85 %

## Happy Moph Small Success



มีการบริหารจัดการข้อมูลกำลังคน  
ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

- **ฐานข้อมูลด้านกำลังคนในระบบ HROPS มีความถูกต้องเป็นปัจจุบัน**
- **วิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรของเขตสุขภาพ**
- **จัดทำแนวทางแผนแลกิจกรรมส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ**

เป้าหมายปี : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

เขตสุขภาพ											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด  
สป. ระดับ 5 สสจ.ร้อยละ 60 สสอ.20

Key success : กระบวนการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ **PMQA**

3 เดือน จัดทำลักษณะองค์กรครบ/ประเมิน  
องค์กร/แผน -พัฒนาองค์กรครบ/จัดทำ  
ตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ครบ

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

6 เดือน ระดับความสำเร็จพัฒนาองค์กรในหมวดที่  
ดำเนินการ  
9 เดือน ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ  
12 เดือน สำนัก/กอง สังกัด สป./สสจ.  
ผ่านเกณฑ์หน่วยละ 60 % สสอ. 20%

เป้าหมาย

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในสังกัด สป. ระดับ 5  
สสจ. 60 % สสอ.20 %

## ตัวชี้วัดที่ 63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐของส่วนราชการ ในสังกัด สป.สธ.

PMQA

**Small  
Success**

เป้าหมายปี : ร้อยละ 85

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน

2. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์

คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. 2558  
ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1, หมวด 5)

3. จัดทำแผนพัฒนาองค์กร ของหมวดที่ดำเนินการ  
ได้ครบถ้วน(หมวดละ 1แผน)4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ  
ได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)

เขตสุขภาพ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*✓
2. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์												
คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1, หมวด 5)	✓	*✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*✓	✓
3. จัดทำแผนพัฒนาองค์กร ของหมวดที่ดำเนินการ ได้ครบถ้วน(หมวดละ 1แผน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*✓	✓
4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ ได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*✓	*✓

\* ✓ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ต้องแก้ไขปรับปรุง

แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561



รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3  
รพศ.รพท. ร้อยละ 100 / รพช. ร้อยละ 80

Key success : รพ. มีคุณภาพมาตรฐาน (ติดตามกำกับระดับจังหวัด)

3 เดือน รพศ.รพท. และ รพ. ในสังกัด กสธ. 97.56 %

รพช. 82.19%

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

เป้าหมาย  
รพศ.รพท. รพช. ผ่านเกณฑ์  
คุณภาพตามกำหนด

6 เดือน รพศ. รพท. 99.39% รพช. 76.30%  
9 เดือน รพศ. รพท. 100% รพช. 78.36%  
12 เดือน รพศ.รพท. 100% รพช. 80 %

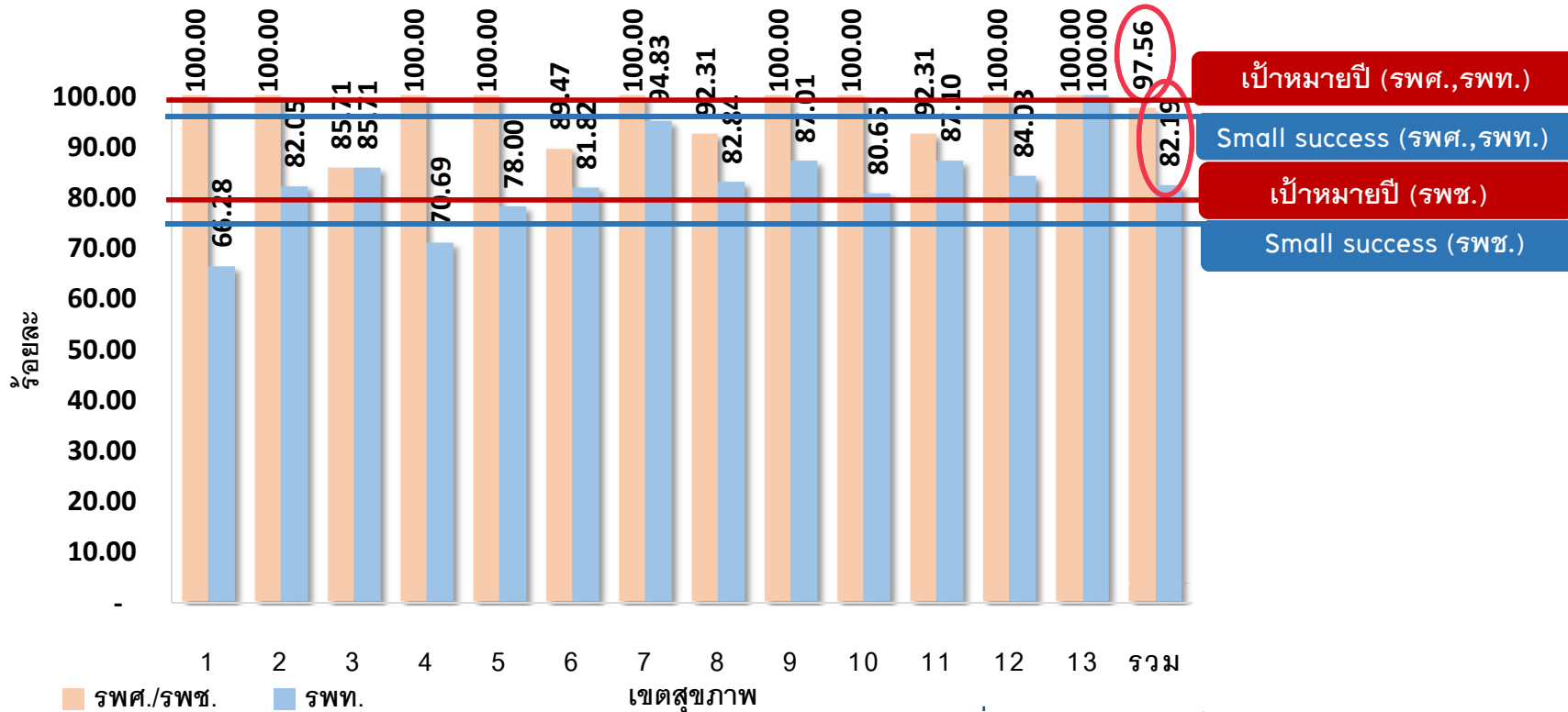
12

ตัวชี้วัดที่ 64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

HA Small Success

เป้าหมายปี : 1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต  
 2. ร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลชุมชน

1. รพศ., รพท., รพ. สังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.78 (162 แห่ง จาก 164 แห่ง)
2. รพช. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 74.36 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)



แหล่งที่มา : เขตสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 10 ม.ค. 2561

# รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาวร้อยละ 25

Key success : รพ.สต. ตีตดาว

3 เดือน ส่วนกลางชี้แจงนโยบาย (kickoff)  
ระดับประเทศ/อบรม ครู ก  
ครั้งที่ 1 มีคู่มือพัฒนา  
รพ.สต.ตีตดาวปี 61

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

6 เดือน อบรม ครู ก ครั้งที่ 2 /อบรม ครู ข ทุกเขต /ตั้งทีม  
พัฒนา/ประเมินจังหวัด, อำเภอ  
9 เดือน รพ.สต. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินตนเองและพัฒนา/  
ประเมิน รพ.สต.ตีตดาว ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต  
12 เดือน ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ตีตดาว 25%

เป้าหมาย

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. ตีตดาว 25 %

## รพ.สต.ตัดดาว



เป้าหมายปี : ร้อยละ 25

	เขตสุขภาพ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคูณภาพ รพ.สต.ตัดดาว ปี 2561	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## หน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤติทางการเงิน ≤ ร้อยละ 6

Key success : การติดตามกำกับของผู้บริหาร

- มี Planfin สมบูรณ์ 100%
- หน่วยบริการประสิทธิภาพวิกฤติทางการเงินไม่เกิน 6 %

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

เฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงินในทุกไตรมาส

เป้าหมาย

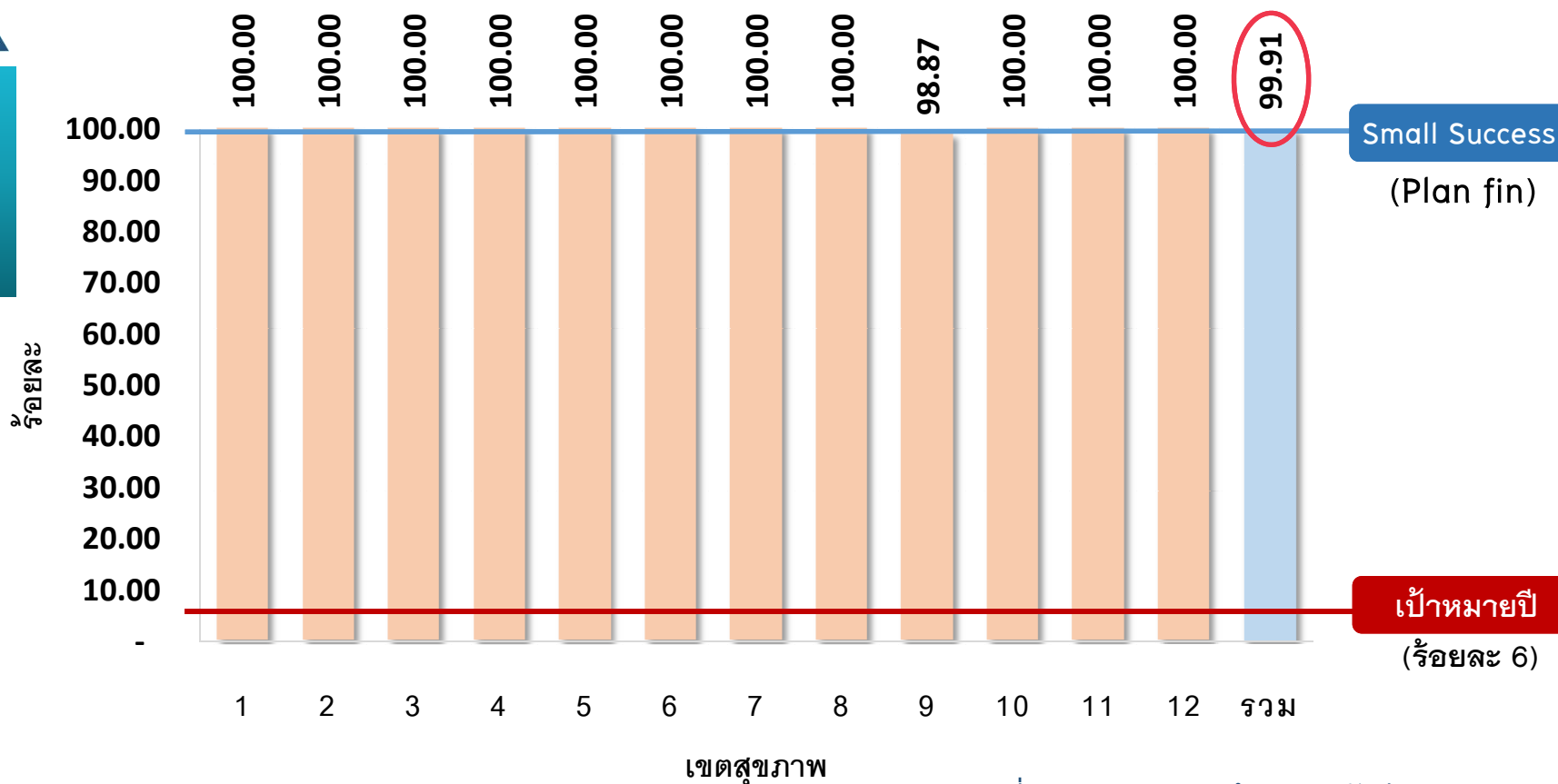
หน่วยบริการประสิทธิภาพวิกฤติทางการเงิน ≤ 6 %

## การเงินการคลัง

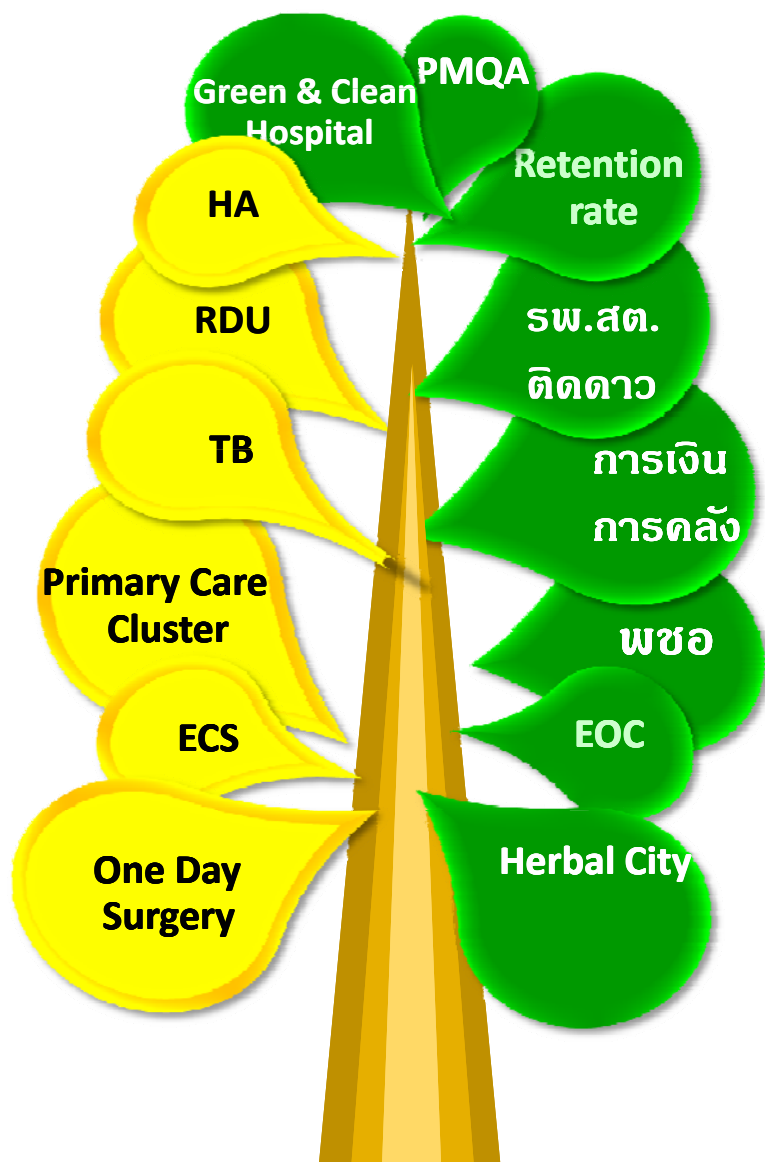
Small  
Success

หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Plan fin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100

เป้าหมายปี : ร้อยละ 6



# PERFORMANCE AGREEMENT



Small Success 8 KPI = Good

Small Success 6 KPI = Stay alert



Small success Q1 : ดำเนินการได้ระดับหนึ่ง

## ข้อเสนอ

- 1 ติดตามกำกับ ตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง
  - 1.1 ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในไตรมาส 1 อย่างเข้มข้น (เชิงปริมาณและคุณภาพ)
  - 1.2 TB ECS HA RDU PCC และ One day surgery
2. Mid year review อีก 3 เดือน
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ KM ปลายปี

ขอขอบคุณค่ะ...

