โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2562

27 ธันวาคม 2562

โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

ผู้บริหาร โรงพยาบาลสิชล

นายแพทย์อาทิตย์ วงศ์วรชาติ

นายศิรุณ ไพศาลจรัลรัศมี

นางเสาวรัฐ จันทร์วิเนศฐ

นายสมพงศ์ ทองใส

นายชาญณรงค์ คงสวรรคุณ

นางบุญเลิศ ศรีสว่าง

นางศรีประดับ ศรีนำ

โรงพยาบาลสีชล
Sichon Hospital

มุ่งมั่นบริการ พัฒนางานอย่างเป็นระบบ

ปรัชญา

โรงพยาบาลสีชล
Sichon Hospital

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 400 เตียงที่มีคุณภาพ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพ ภายในปี 2563

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลสีชล
Sichon Hospital

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. สนับสนุนและประสานงานอย่างเป็นเอกภาพกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

3. ส่งเสริมและพัฒนาวิชาการ สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

4. เป็นองค์กรนำด้านสร้างเสริมสุขภาพ

5. รับส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายและนอกอำเภอ

ค่านิยม

I=Intelligence ฉลาดคิดทำงานอย่างเป็นระบบ

C=Compassion จิตใจดี มีเมตตา ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

H=Hospitality มีน้ำใจช่วยเหลือทุกคน ดูแลแบบองค์รวม

O=Opportunity หาโอกาสพัฒนางานประจำ

N=Network ทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่ายการทำงานกับชุมชน

ลักษณะพื้นที่

โดยทั่วไป เป็นที่ราบชายฝั่งทะเล

- ❑ ทิศตะวันตกของอำเภอเป็นที่ราบสูงและมีป่าไม้มาก (เทือกเขานครศรีธรรมราช)
- ❑ พื้นที่ค่อยๆ ลาดต่ำลงมาเป็นที่ราบ ตอนกลางเป็นที่ลุ่ม
- ❑ ทิศตะวันออกจดชายฝั่งทะเลอ่าวไทย

โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

- มีภูเขาตั้งอยู่ทั่วไปโดยเฉพาะตอนเหนือ ที่สำคัญคือ เขาหัวช้าง เขาหลวง เขาดาดฟ้า เขายวนเฒ่า เขาใหญ่ เขาเกียด และเขาคอกวาง อยู่ใกล้ชายฝั่งทะเล
- ลักษณะดินเป็นดีที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก พื้นที่ส่วนใหญ่ปลูกข้าว ยางพารา กาแฟ สวนผลไม้ มะพร้าว ปาล์ม และอื่นๆ
- แม่น้ำลำคลอง ที่สำคัญ คือ คลองท่าควาย คลองท่าทน คลองท่าเรือรี คลองท่าเชี่ยว คลองเปลี่ยน

โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

01 option — พื้นที่ 703 ตารางกิโลเมตร

2 เทศบาลตำบล / 8 อบต.

03 option — 9 ตำบล / 110 หมู่บ้าน

04 option — 23,188 ครัวเรือน

05 option — 87,594 คน

ชาย
หญิง

50%
50%
ชาย
หญิง

ร้อยละของจำนวนประชากรอำเภอสิชลจำแนกตามกลุ่มวัย

ข้อมูลบุคลากร

ประเภทบุคลากร	จำนวน (คน)	ประเภทบุคลากร	จำนวน (คน)
แพทย์	27(43)	ข้าราชการ	234
ทันตแพทย์	6(9)	ลูกจ้างชั่วคราว	133
เภสัชกร	15	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	50
พยาบาลวิชาชีพ	147(149)	พนักงานราชการ	17
นักเทคนิคการแพทย์	7	ลูกจ้างประจำ	12
นักกายภาพบำบัด	5(6)		
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	217		
รวมเจ้าหน้าที่ รพ.	426(446)	รวมเจ้าหน้าที่ รพ.	446
เจ้าหน้าที่เครือข่าย รพ.สต	52		

โรงพยาบาลสีชล
Sichon Hospital

ข้อมูลแพทย์

แพทย์เฉพาะทาง

จำนวน 18 คน

แพทย์ทั่วไป

จำนวน 6 คน

แพทย์เพิ่มพูนทักษะปีที่ 1

จำนวน 8 คน

โรงพยาบาลสีชล
Sichon Hospital

OPD Visit

Number of out patient service

โรงพยาบาลสีชล
Sichon Hospital

ER Visit

จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลสิชล

ปีงบประมาณ 2558 - 2562

CMI 2558	CMI 2559	CMI 2560	CMI 2561	CMI 2562
1.0653	1.0988	0.883	0.912	0.922

(Sum adj. RW) 2558	(Sum adj. RW) 2559	(Sum adj. RW) 2560	(Sum adj. RW) 2561	(Sum adj. RW) 2562
17,247.9	16,205.2	17,266.4	18,010.6	18,217.6

Active Bed 2558	Active Bed 2559	Active Bed 2560	Active Bed 2561	Active Bed 2562
214	203	226	230	260

อัตราครอง เตียง 2558	อัตราครอง เตียง 2559	อัตราครอง เตียง 2560	อัตราครอง เตียง 2561	อัตราครอง เตียง 2562
178	169	107.42	99.31	100.66

โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

High Volume Out-patient

1. Acute nasopharyngitis [common cold]
2. Essential (primary) hypertension
3. [illegible]
4. Dyspepsia
5. Acute tonsillitis

High Volume In-patient

1. Chronic obstructive pulmonary disease with exacerbation
2. Gastroenteritis and colitis of unspecified origin
3. [illegible]
4. Bacterial penumonia, unspecified
5. Pneumonia due to other aerobic Gram-negative bacteria

โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

High Mortality Patient
(ผู้ป่วยที่มีอัตราตายสูง)

- Malignant Neoplasm
- Septicemia
- Diabetes mellitus
- COPD
- Traffic Accident

High Risk Patient
(ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง)

- Septic shock
- STEMI /NSTEMI
- Pneumonia with Acute Respiratory failure
- DKA
- Acute Stroke

รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ 2562

โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Function KPIs)	เป้าหมาย ปี 2562	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ผลการดำเนินงาน ปี 2562	แนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุง และพัฒนา
			2559	2560	2561		
	ยุทธศาสตร์ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ						
กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน17	0	0	0	0	ติดตามการวางแผนการค้นหารหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และวางระบบการส่งต่อเข้าคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
	ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน						ติดตามเครือข่ายเชิงรุก และจัดระบบการส่งต่อข้อมูลทารกแรกเกิดให้ทุก รพ.ศต เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต และ อสม. ติดตามพัฒนาการ จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อพัฒนาศักยภาพการคัดกรองพัฒนาการที่ถูกต้อง
	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ไม่นำมาประเมินปี 62)	85%	95.81	95.58	95.29	93.82	
	ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	90%	61.73	71.60	72.02	94.54	
	ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	20%	4.47	20.29	14.14	20.24	
	ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	90%	22.78	51.44	68.97	78.48	
	ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	60%	-	-	21.20	16.67	
	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	57%	49.51	51.31	46.17	73.93	
กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกิน 38 ต่อปชก.หญิงอายุ15-19ปีพันคน)	ไม่เกิน 38 ต่อปชก. หญิงอายุ 15-19ปี พันคน	44.15	42.35	34.84	21.71	ประสานงานเครือข่ายเชิงรุก ค้นหาวัยรุ่นที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ พร้อมคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อวางแผนพัฒนา
กลุ่มวัยผู้สูงอายุ	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	70%	27	48	58	22.22	ประชุมร่วมกับ พชอ. วางแผนพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ครอบคลุมทุกตำบล

โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Function KPIs)	เป้าหมาย ปี 2562	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ผลการดำเนินงาน ปี 2562	แนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุง และพัฒนา
			2559	2560	2561		
การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ประชุมวางแผนการดำเนินงานพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ
ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.05 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30	≤2.05 ≥30	1.9/-	1.12/-	1.73 14.95	DM 1.45 // HT 65.91	ดำเนินการตามแผนเดิม เพื่อเฝ้าระวังและลดอัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ และกลุ่มความดันโลหิตสูง
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital -โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 40 -โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง			75% (18/24) พื้นฐาน	ดีมาก 45.83 (11 รพ.) ระดับดี 82.60	ผ่านระดับดีมาก	ประชุมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อวางแผนพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ไปยังชุมชน อย่างน้อย 1 แห่ง
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	≥40 ≥50	25.11/ 24.89	27.99/ 33.71	28.70/ 37.93	DM 25.90 // HT 38.86	จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตสูงในเครือข่ายอำเภอสิชล
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ						
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	1) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (District Health Board:DHB)	60%	NA	มีคุณภาพตามเกณฑ์	มีคุณภาพตามเกณฑ์	มีคุณภาพตามเกณฑ์	จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และติดตามการดำเนินการ เพื่อตอบสนองคุณภาพชีวิตประชาชนในภาพรวม
ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	2) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	36%		11 ทีม	20 ทีม สะสม	44%	พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อตอบสนองการบริการ PCC

โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Function KPIs)	เป้าหมาย ปี 2562	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ผลการดำเนินงาน ปี 2562	แนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุง และพัฒนา
			2559	2560	2561		
	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 3 ดาว 100% และผ่านเกณฑ์ 5 ดาวสะสม ร้อยละ 60			14.23 (36แห่ง)	39.53 (100แห่ง)	ผ่าน 6 แห่ง คิดเป็น 46%	โครงการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต ติดดาวอำเภอสิชล
สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม						พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมเครือข่ายอำเภอสิชล และเครือข่ายอำเภอขนอม พัฒนาระบบ EMS เพิ่มเข้าเข้าถึงบริการ และเป็นการพัฒนาศักยภาพการดู แลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
	-อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุด/ตัน (I63)	≤5%	2.62	2.31	5.04	2.50	
	-อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	≤25%	17.84	15.56	18.52	22.03	
	-อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	≤ 7%	3.77	3.80	6.50	5.29	
	-ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม.ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU)	≥40	100.00	100.00	100.00	100.00	
	-ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อัดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN)	≥50	100.00	100.00	100.00	100.00	
	-ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR)	≥60	Refer	Refer	Refer	Refer	
สาขาโรคติดต่อ	5) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	85%	80.3	76.42	82.23	86.34	โครงการ Set Zero TB อำเภอสิชล เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน
การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	6) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)						โครงการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการการเกิด เชื้อดื้อยา
	RDU ขั้นที่ 1	95%	NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
	RDU ขั้นที่ 2	20%	NA	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	

โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Function KPIs)	เป้าหมาย ปี 2562	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ผลการดำเนินงาน ปี 2562	แนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุง และพัฒนา
			2559	2560	2561		
	7) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(AMR) ระดับ intermediate ≥ ร้อยละ 20 (รพศ./รพท.)	20%	NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
ระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	8) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รพศ./รพท. 11% รพช.19%, รพ.สต.36%	18.50%	11.29	13.29	17.4	12.84	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	9) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ 6.3% ต่อปชก.แสนคน)	≤ 6.3% ต่อปชก. แสนคน	5.3	4.8	3.5	1.3	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
สาขาหลัก(สูตินรีเวช ศัยลกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)	10) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<30%	26.53	42.54	29.08	18.13	ปัญหาที่พบจากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า การวินิจฉัย และการส่งออกข้อมูล ในระบบ HDC เพื่อนำมาคำนวณตัวชี้วัดยังมีข้อบกพร่อง จึงได้ดำเนินการทบทวนเวชระเบียนเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง
สาขาโรคไต	11) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m^2/yr	≥ 66%	82.24	68.51	61.08	66.32	จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตสูงในเครือข่ายอำเภอสิชล
ระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	14) ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 Year)	20%	1.67	6.70	26.22	28.45	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
	15) ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	40%	36.33	67.64	75.95	84.37	คงกิจกรรมตามแผนเดิม

โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Function KPIs)	เป้าหมาย ปี 2562	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ผลการดำเนินงาน ปี 2562	แนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุง และพัฒนา
			2559	2560	2561		
โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	17) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triagel level 1)ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1	≤12%	NA	12.12	6.29	11.93	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
เพิ่มเติม	18) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน 26 ต่อปชก.แสนคน)	ไม่เกิน 26 ต่อปชก. แสนคน	9.84	25.7	4.76	7.34	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ							
โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข	1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	70%	NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
	2) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข		NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส และบริหาร	3) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	90%	NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คงกิจกรรมตามแผนเดิม
โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	4) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สสจ.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 , สสอ.20% ของทั้งหมด)	สสจ. ระดับ5 สสอ.40%		สสจ. สสอ.	ระดับ 5 82.61 (19/23)		คงกิจกรรมตามแผนเดิม
	5) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (รพศ./รพท. 100% รพช.90%)		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน HA
โครงการ Smart Hospital	6) เขตสุขภาพมีการดำเนินการ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital (เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 รพศ./รพท. 100% ,รพช.50%)		NA	NA	NA	กำลังดำเนินการ	พัฒนาระบบ One stop service // จัดระบบนัดเหลื่อมเวลา
โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	8) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	ไม่เกิน 4%	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คงกิจกรรมตามแผนเดิม

โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Function KPIs)	เป้าหมาย ปี 2562	ผลงานย้อนหลัง 3 ปี			ผลการดำเนินงาน ปี 2562	แนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุง และพัฒนา
			2559	2560	2561		
	9)ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป.มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด	ผ่านครบทุกขั้นตอน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คงกิจกรรมตามแผนเดิม