**ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ 2563**

**ชื่อหน่วยงาน กลุ่มงานเทคนิคบริการและรังสีการแพทย์**

|  |  |
| --- | --- |
| ชื่อผู้รับการประเมิน นางสาวณัฐวีณ์ญา กันทะ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ | ลงนาม......................................... วันที่........................................... |
| ชื่อผู้กำกับดูแล นายปริทรรศ ศิลปกิจ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ 1 | ลงนาม......................................... วันที่........................................... |
| ชื่อผู้บังคับบัญชา นางสุวรรณี เรืองเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง | ลงนาม......................................... วันที่........................................... |

| **ภารกิจ** | **ตัวชี้วัด** | **ค่าเป้าหมาย** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | | | | | **ผู้บริหารและติดตามผล** | **ผู้ดำเนินการและรับการประเมิน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **ภารกิจหลัก** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ | 1.อัตราการรายงานผลแลปผิดพลาด | 0% | 0.4% | 0.3% | 0.2% | 0.1% | 0% | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | น.ส.เปรมฤดี เดชอุปการ  นางปาณิศา จรัสโภคธำรง  น.ส.นิตยา กรัญญา |
| 2.ร้อยละการรายงานผลแลป OPD ทันตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ | ร้อยละ 90 | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | น.ส.เปรมฤดี เดชอุปการ  นางปาณิศา จรัสโภคธำรง  น.ส.นิตยา กรัญญา  น.ส.สุชาดา ชินชัย  น.ส.สุภาลักษณ์ โยหงส์  นายจักรพงศ์ วรพรรณ์ |
|  | 3.ร้อยละผู้ป่วยIPDขอผลด่วนได้รับผลแลปทันตามเกณฑ์ที่กำหนด | ร้อยละ 90 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | น.ส.เปรมฤดี เดชอุปการ  นางปาณิศา จรัสโภคธำรง  น.ส.นิตยา กรัญญา  น.ส.สุชาดา ชินชัย  น.ส.สุภาลักษณ์ โยหงส์  นายจักรพงศ์ วรพรรณ์ |
| 4.จำนวนครั้งที่ไม่รายงานค่าวิกฤต | 0 ครั้ง | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | น.ส.เปรมฤดี เดชอุปการ  นางปาณิศา จรัสโภคธำรง  น.ส.นิตยา กรัญญา |
| 5.ร้อยละการทำ Internal Quality Control (IQC) ถูกต้อง | ร้อยละ100 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 6.ร้อยละการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | ร้อยละ  90 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| 7.จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ | ไม่พบ | 4เรื่อง | 3เรื่อง | 2เรื่อง | 1เรื่อง | ไม่พบ |
| 8.ร้อยละความพึงพอใจผู้ใช้บริการ | ร้อยละ  80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | นส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | นส.เปรมฤดี เดชอุปการ  นางปาณิศา จรัสโภคธำรง  นส.นิตยา กรัญญา  นส.สุชาดา ชินชัย  นส.สุภาลักษณ์ โยหงส์  นายจักรพงศ์ วรพรรณ์ |
| 2. ให้บริการตรวจทางรังสี | 9.อัตราผู้ป่วยที่มีการถ่ายรังสีผิดพลาด | 0% | >0.30% | 0.21-0.30% | 0.11-0.20% | 0.01-0.10% | 0% | น.ส.สุวรรณา อินตะนัย | น.ส.สุวรรณา อินตะนัย  น.ส.เปรมฤทัย บุญธรรม |
| 10.อัตราการถ่ายรังสีซ้ำ | 3% | >4.0% | 3.1-4.0% | 2.1-3.0% | 1.1-2.0% | 0.10-1.0% |
| 11.จำนวนครั้งของบุคลากรได้รับรังสีเกินค่ามาตรฐาน | ไม่พบ | 4ครั้ง | 3ครั้ง | 2ครั้ง | 1ครั้ง | ไม่พบ |
| 12.ร้อยละเครื่องมืออุปกรณ์ทางรังสีได้รับการตรวจสอบคุณภาพ | ร้อยละ100 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 13.จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน | ไม่พบ | 4ครั้ง | 3ครั้ง | 2ครั้ง | 1ครั้ง | ไม่พบ |
| 3.ให้บริการตรวจพิเศษ (EEG,EKG) | 14.จำนวนครั้งการส่งตรวจซ้ำเนื่องจากแพทย์แปลผลไม่ได้) | ไม่พบ | 4ครั้ง | 3ครั้ง | 2ครั้ง | 1ครั้ง | ไม่พบ | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | น.ส.นิตยา กรัญญา  น.ส.สุชาดา ชินชัย  น.ส.สุภาลักษณ์ โยหงส์  นายจักรพงศ์ วรพรรณ์ |
| 15.อัตราการหาสำเนาไม่พบ | 0% | 0.4% | 0.3% | 0.2% | 0.1% | 0% |
| 16.จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน | ไม่พบ | 4ครั้ง | 3ครั้ง | 2ครั้ง | 1ครั้ง | ไม่พบ |
| **ภารกิจรอง** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้ของโรงพยาบาล | 1.1 จำนวน CQI/R2R/นวัตกรรม ของหน่วยงาน\* | อย่างน้อย 1 เรื่อง |  |  |  |  |  | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ(PM : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน) | หน่วยงาน รพ.สวนปรุง |
| - ค่าคะแนนรอบ 6 เดือนแรก | 5 คะแนน | - | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - ค่าคะแนนรอบ 6 เดือนหลัง | 5 คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.2 ระดับความสำเร็จของการรายงานอุบัติการณ์และบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน \* | ระดับ 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ  (PM : คณะกรรมการ RM) | บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง |
| **ภารกิจสนับสนุน** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. บริหารจัดการพัสดุภายในหน่วยงาน | 1.1 ร้อยละการใช้กระดาษลดลง | ร้อยละ 20 | <5 | 5 | 10 | 15 | 20 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง |
| 2. บริหารจัดการธุรการในหน่วยงาน | 2.1 ร้อยละการจัดทำเอกสารถูกต้องตามระเบียบงานสารบรรณ | ร้อยละ 100 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง |
| 3. บริหารจัดการและพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน | 3.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะตามแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) | ร้อยละ 80 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ | บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง |
| 3.2 ค่าคะแนนการตอบแบบสำรวจผ่านระบบออนไลน์ผ่านตามเกณฑ์ \* | 5  คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ  (PM : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล) | บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง |
| 3.3 ค่าคะแนนสุขภาพกายของบุคลากรผ่านตามเกณฑ์ \* | ≥3  คะแนน | 0 คะแนน | - | 1 คะแนน | 2 คะแนน | ≥3  คะแนน | น.ส.ณัฐวีณ์ญา กันทะ  (PM : คณะกรรมการ HRD, คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ) | บุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง |

**คำอธิบาย :**

ภารกิจ หมายถึง ภารกิจของหน่วยงานตามโครงสร้างหน่วยงาน

ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวชี้วัดที่ประเมินผลการปฏิบัติการตามภารกิจหน่วยงาน โดยสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของงาน

ค่าเป้าหมาย หมายถึง ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2563

เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง ระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้บริหารและติดตามผล หมายถึง หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าตึก ที่กำกับดูแลตัวชี้วัด

ผู้ดำเนินการและรับการประเมิน หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบดำเนินงานตามตัวชี้วัดนั้น

**หมายเหตุ**

\* เป็นตัวชี้วัดที่ผู้บริหารมอบหมายให้ดำเนินการทุกหน่วยงาน

\* สามารถดาวน์โหลดคู่มือตัวชี้วัดได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลสวนปรุง <http://202.129.34.16/intranet2559/> หัวข้อ ดาวน์โหลดเอกสาร