



## รายงานผลการปฏิบัติราชการ

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

สำนักบริหารการสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๗ - มีนาคม ๒๕๕๘)

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์

สำนักบริหารการสาธารณสุข

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ รอบ ๖ เดือน  
สำนักบริหารการสาธารณสุข

ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์	วงศ์วิวัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข
๒. นางบุษบา	บุศยพลากร	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข

ผู้ดำเนินการจัดทำ

๑. นางณปภัช	นฤคนธ์	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์
๒. นางนภาพิณ	จันใด	หัวหน้างานประเมินผล
๓. นางชุติมา	โหมปรารงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔. นางสาวพวงผกา	มะเสนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

ผู้จัดพิมพ์และเรียบเรียงเอกสาร

๑. นางสาวพวงผกา	มะเสนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๒. นางสาวสุกัญญา	ม่วงศักดิ์	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

## คำนำ

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักบริหารการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ เป็นผู้ประสานงาน กำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยคำนึงถึงตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการตามที่ ก.พ.ร. กำหนด เพื่อให้การดำเนินงานของทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย บรรลุวัตถุประสงค์ตามตัวชี้วัดแผนงาน/โครงการ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มีประสิทธิภาพ

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ สำนักบริหารการสาธารณสุข ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งงานประเมินผลได้ติดตาม รวบรวมและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติราชการในรอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๗ – มีนาคม ๒๕๕๘) ได้ดำเนินงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารของสำนักบริหารการสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน ทั้งมีส่วนส่งเสริม สนับสนุน และขอขอบคุณผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ผู้จัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักบริหารการสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานมา ณ โอกาสนี้

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์  
เมษายน ๒๕๕๘

## สารบัญ

	หน้า
<b>เอกสารประกอบ ๑ :</b> แผนที่ยุทธศาสตร์ สำนักบริหารการสาธารณสุข	๑
<b>เอกสารประกอบ ๒ :</b> กรอบการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘	๓
<b>เอกสารประกอบ ๓ :</b> ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ สำนักบริหารการสาธารณสุข รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)	๖
<b>มิตินายก : ประเมินผลประสิทธิผล</b> ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	๑๒
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒ ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง	๑๖
ตัวชี้วัดที่ ๑.๒.๑ ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA ตัวชี้วัดที่ (๑) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA	๑๘
ตัวชี้วัดที่ (๒) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA	๒๑
ตัวชี้วัดที่ (๓) ร้อยละของเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ	๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๑.๒.๒ ร้อยละของศูนย์พึ่งได้ใน รพศ./รพท. และ รพช. มีรายงานข้อมูลการ ให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัว	๒๙
<b>มิตินายก : การประเมินประสิทธิภาพ</b> ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	๓๒
ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง	๓๕
ตัวชี้วัดที่ ๕ ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล	๓๘
<b>มิตินายก : การพัฒนาองค์กร</b> ตัวชี้วัดที่ ๖ ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๔๑
ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากร ของหน่วยงาน	๔๕
ตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับความสำเร็จของการจัดซื้อวัสดุรวม (กระดาษ A๔) ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)	๔๘
<b>ภาคผนวก</b> แบบฟอร์ม : รายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัด รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน	๕๑

# เอกสารประกอบ ๑

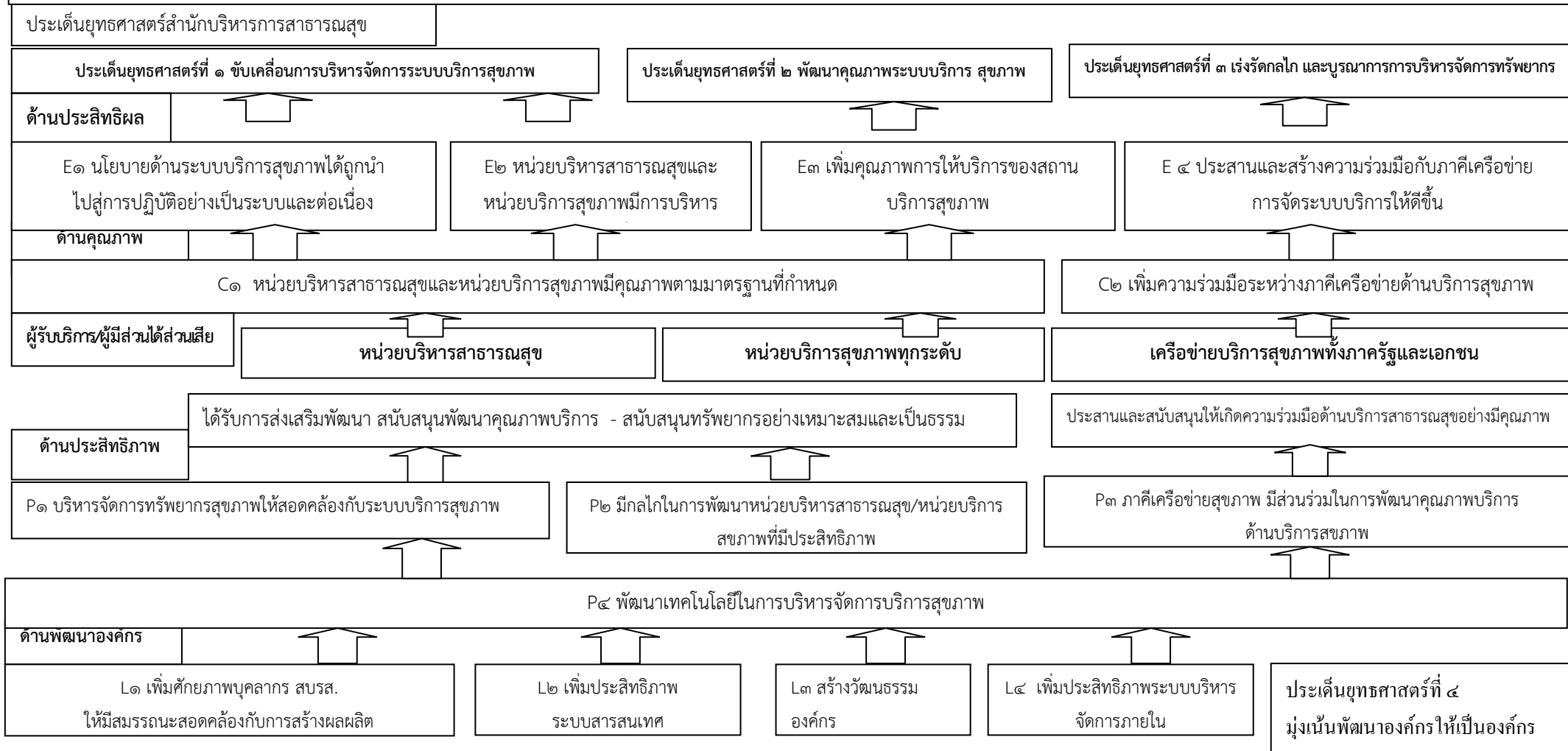
แผนที่ยุทธศาสตร์  
สำนักบริหารการสาธารณสุข

## แผนที่ยุทธศาสตร์ สำนักบริหารการสาธารณสุข

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักที่มีความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข : เสริมสร้างระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

เป้าประสงค์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อ ๒.ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และบริโคผลดีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ



## เอกสารประกอบ ๒

กรอบการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
ของสำนักบริหารการสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘

**กรอบการประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
ของสำนักบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘**

ประเด็นการประเมินผล การปฏิบัติราชการ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
<b>มิติภายนอก (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)</b>			
<b>การประเมินประสิทธิผล (ร้อยละ ๖๕)</b>	๑. ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ในการบรรลุเป้าหมายตามแผนนโยบายเร่งด่วน/ ภารกิจหลักแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน	๖๕	
	๑.๑ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วง น้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามนโยบายเร่งด่วน ของผู้บริหาร	๓๐	
	๑.๑.๑ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ	๑๕	- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ
	๑.๑.๒ ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต สุขภาพลดลง	๑๕	- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ
	๑.๒ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วง น้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติ ราชการและภารกิจหลักของหน่วยงาน	๓๕	
	๑.๒.๑ ร้อยละของสถานพยาบาลผ่าน การรับรองคุณภาพ (HA)	๓๐	
	(๑) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA	๑๐	- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ
	(๒) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA	๑๐	- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ
	(๓) ร้อยละของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีคุณภาพ	๑๐	- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ
	๑.๒.๒ ร้อยละของศูนย์พึ่งได้ใน รพศ./รพท. และ รพช. มีการรายงานข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือ เด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัว	๕	- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ เฉพาะ
หมายเหตุ : ตัวชี้วัดที่ ๑.๑ และตัวชี้วัดที่ ๑.๒ รวมกันไม่น้อยกว่า ๕ ตัวชี้วัด			



ประเด็นการประเมินผล การปฏิบัติราชการ	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
การประเมินผลคุณภาพ (ร้อยละ ๑๐)	๒. ร้อยละของความพึงพอใจในภาพรวมของ ผู้รับบริการ หมายเหตุ : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เป็นผู้สำรวจให้ในภาพรวมของ สป.	๑๐	- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข
มิติภายใน (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)			
การประเมินประสิทธิภาพ (ร้อยละ ๑๕)	๓. ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณ ในภาพรวมของหน่วยงาน	๕	- งานแผนและงบประมาณ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ -กลุ่มงานบริหารจัดการ งบประมาณภูมิภาค
	๔. ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง	๕	- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ - กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ
	๕. ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัด ของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล	๕	- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ - ฝ่ายบริหารทั่วไป - ทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย
การพัฒนาองค์กร (ร้อยละ ๑๐)	๖. ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๓	- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ - ทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย
	๗. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตาม เป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน	๓	- งานพัฒนาองค์กร กลุ่มงานยุทธศาสตร์
	๘. ระดับความสำเร็จของการจัดซื้อวัสดุรวม (กระดาษ A๔) ของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	๔	- ฝ่ายบริหารทั่วไป
น้ำหนักรวม		๑๐๐	

## เอกสารประกอบ ๓

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง  
การปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘

สำนักบริหารการสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน

(๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติราชการ	หน่วย วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผล การดำเนินงาน	ค่า คะแนนที่ได้	คะแนน ถ่วงน้ำหนัก
มิติภายนอก (น้ำหนัก : ร้อยละ ๗๕)										
ประเมินผลประสิทธิผล (น้ำหนัก : ร้อยละ ๖๕)										
๑. ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามแผนนโยบายเร่งด่วน/ภารกิจหลักแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน (ร้อยละ ๖๕)										
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑ ระดับความสำเร็จ ของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ในการบรรลุเป้าหมาย ตามนโยบายเร่งด่วนของ ผู้บริหาร		๓๐								
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบ บริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	๑๕	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	อยู่ระหว่าง ดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒ ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วย ออกนอกเขตสุขภาพลดลง	ร้อยละ	๑๕	๑๔	๒๓	๓๒	๔๑	๕๐	อยู่ระหว่าง ดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติราชการ	หน่วย วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผล การดำเนินงาน	ค่า คะแนนที่ได้	คะแนน ถ่วงน้ำหนัก
<b>ตัวชี้วัดที่ ๑.๒</b> ระดับความสำเร็จ ของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ในการบรรลุเป้าหมายตาม แผนปฏิบัติราชการและ ภารกิจหลักของหน่วยงาน		๓๕								
<b>ตัวชี้วัดที่ ๑.๒.๑</b> ร้อยละของสถานพยาบาล ผ่านการรับรองคุณภาพ HA		๓๐								
(๑)ร้อยละของโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA	ร้อยละ	๑๐	๘๗	๘๙.๕	๙๒	๙๔.๕	๙๗	๙๓.๘๑ (๙๑ แห่ง จาก ๙๗ แห่ง)	๓.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
(๒)ร้อยละของโรงพยาบาล ชุมชนมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA	ร้อยละ	๑๐	๕๕	๕๗.๕	๖๐	๖๕	๗๐	๖๔.๖๔ (๔๗๙ แห่ง จาก ๗๔๑)	๓.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
(๓)ร้อยละของเครือข่าย ปฐมภูมิที่มีคุณภาพ)	ร้อยละ	๑๐	๒๔.๒๐ (๒๐๗ แห่ง)	๒๖.๗๐ (๑๕๖ แห่ง)	๒๙.๒๐ (๒๕๐ แห่ง)	๓๑.๗๐ (๒๗๑ แห่ง)	๓๔.๒๐ (๒๙๓ แห่ง)	อยู่ระหว่าง ดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๐๐๐

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติราชการ	หน่วย วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผล การดำเนินงาน	ค่า คะแนนที่ได้	คะแนน ถ่วงน้ำหนัก
๑.๒.๒ ร้อยละของ ศูนย์พึ่งได้ใน รพศ./รพท. และ รพช. มีการรายงาน ข้อมูลการให้บริการช่วยเหลือ เด็ก สตรีและบุคคลใน ครอบครัว	ร้อยละ	๕	๔๐ (๓๓๒ แห่ง)	๕๐ (๔๑๔ แห่ง)	๖๐ (๔๙๗ แห่ง)	๗๐ (๕๘๐ แห่ง)	๘๐ (๖๖๓ แห่ง)	ร้อยละ ๕๐ (๔๒๑ แห่ง)	๒.๐๐๐๐	๐.๑๐๐๐
การประเมินคุณภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ ๑๐)										
ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของความพึงพอใจ ในภาพรวมของผู้รับบริการ	ร้อยละ	๑๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	อยู่ระหว่าง ดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๐๐๐
มติภายใน (น้ำหนัก : ร้อยละ ๒๕) การประเมินประสิทธิภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ ๑๕)										
ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของอัตรา การเบิกจ่ายงบประมาณใน ภาพรวมของหน่วยงาน	ร้อยละ	๕	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	ร้อยละ ๒๔.๖๓	๑.๐๐๐๐	๐.๐๕๐๐

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติราชการ	หน่วย วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผล การดำเนินงาน	ค่า คะแนนที่ได้	คะแนน ถ่วงน้ำหนัก
<b>ตัวชี้วัดที่ ๔</b> ระดับความสำเร็จของ การบริหารความเสี่ยง	ระดับ ความสำเร็จ	๕	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐
<b>ตัวชี้วัดที่ ๕</b> ระดับความสำเร็จของการ ถ่ายทอดตัวชี้วัดของ หน่วยงานสู่ระดับบุคคล	ระดับ ความสำเร็จ	๕	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐
<b>การประเมินประสิทธิภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ ๑๕)</b>										
<b>ตัวชี้วัดที่ ๖</b> ระดับความสำเร็จ ในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการ ความรู้ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ ความสำเร็จ	๓	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๒	๒.๐๐๐๐	๐.๐๖๐๐
<b>ตัวชี้วัดที่ ๗</b> ร้อยละของบุคลากร ที่ได้รับการพัฒนาตาม เป้าหมายของ แผนพัฒนาบุคลากร ของหน่วยงาน	ร้อยละ	๓	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	ร้อยละ ๘๑.๒๗	๕.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖  
สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติราชการ	หน่วย วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผล การดำเนินงาน	ค่า คะแนนที่ได้	คะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับความสำเร็จของ การจัดซื้อวัสดุรวม (กระดาษ A๔) ของ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ระดับ ความ สำเร็จ	๔	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๒๐๐
รวม		๑๐๐							๒.๒๓๐๗	๑.๘๘๐๐

รายงาน : ณ วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘

ผู้รายงาน : ๑. นางณปภัช นฤคนธ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)  
๒. นางนาเพ็ญ จันใด ตำแหน่ง หัวหน้างานประเมินผล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)  
๓. นางสาวพวงผกา มะเสนา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

หน่วยงาน : สำนักบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๙

มติภายนอก  
ประเมินผลประสิทธิผล



<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		(✓) รอบ ๖ เดือน
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ๑.๑.๑ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์</li> <li>๒. นางบุษบา บุศยพลากร</li> <li>๓. นางณปภัช นฤคนธ์</li> </ol>		<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข</li> <li>๒. นางลดาวัลย์ นกหมุด</li> <li>๓. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์</li> <li>๔. นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย</li> <li>๕. นางลลิตา ตู่เอี้ยง</li> </ol>
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๑		<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๖, ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๔๒
<b>คำอธิบาย :</b> <p><b>ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)</b> หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน</p> <p><b>คุณภาพ</b> หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>๒. มีการบูรณาการ แผนการจัดการใน ๕ กลุ่มวัย และแผนที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการ Service plan ในบริบทของการบริการระดับปฐมภูมิ</li> <li>๓. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute &amp; Chronic care ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง (Essential care เช่น อุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน Home Care &amp; LTC บริการแพทย์แผนไทย สุขภาพจิตชุมชน การฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นต้น)</li> <li>๔. มีระบบบริหารจัดการ การแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ โดยมีส่วนร่วมของภาคส่วน</li> </ol> <p><b>ระบบบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวมและต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชนและเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (Catchments Population) และผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน</p> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง อำเภอที่มีโรงพยาบาล (รพช. รพท. รพช.) ไม่นับรวมอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาลในพื้นที่จำนวน ๘๕๖ แห่ง</p>		

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	(✓) รอบ ๖ เดือน																		
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>การพัฒนาทีมแกนนำระดับเขต (Core team เขต) เพื่อการความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานและเป็นผู้ขับเคลื่อนในระดับเขตและในระดับพื้นที่ กำหนดให้มีการประชุมทุก ๒ เดือน (การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนระดับเขต ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๘ / ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘)</li> <li>การพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด เพื่อสร้างความเข้าใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนางาน DHS (การประชุมการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดในการจัดการระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘)</li> <li>การประชุมคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เพื่อวางกรอบทิศทางนโยบายและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย รวมถึงเครือข่ายสุขภาพอำเภอต้นแบบ ๔๓ แห่ง (การประชุมคณะกรรมการและเครือข่ายสุขภาพอำเภอต้นแบบ ๔๓ เครือข่าย วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๙)</li> <li>จัดทำหนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงานสำหรับผู้ปฏิบัติงาน</li> </ol>																			
<b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์</th> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละเป้าหมาย</td> <td>๔๐</td> <td>๕๐</td> <td>๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> </tr> <tr> <td>จำนวน (แห่ง)</td> <td>๓๔๒</td> <td>๔๒๘</td> <td>๕๑๔</td> <td>๕๙๙</td> <td>๖๘๕</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละเป้าหมาย	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	จำนวน (แห่ง)	๓๔๒	๔๒๘	๕๑๔	๕๙๙	๖๘๕
เกณฑ์	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕														
ร้อยละเป้าหมาย	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐														
จำนวน (แห่ง)	๓๔๒	๔๒๘	๕๑๔	๕๙๙	๖๘๕														
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ</td> <td>๑๕</td> <td>อยู่ระหว่างดำเนินงาน</td> <td>๑.๐๐๐๐</td> <td>๐.๑๕๐๐</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ	๑๕	อยู่ระหว่างดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐								
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก															
ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ	๑๕	อยู่ระหว่างดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐															
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>การประเมินตนเอง (Self Assessment) ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCARE</li> <li>ผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือระดับสามขึ้นไป ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</li> <li>การแก้ปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยมีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันของชุมชน/ท้องถิ่น และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง</li> </ol> </li> </ol>																			

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	(✓) รอบ ๖ เดือน
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และมีนโยบายในการขับเคลื่อน</li> <li>กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง จึงเป็นโอกาสการพัฒนาที่ DHS จะประสบผลสำเร็จตามนโยบายค่อนข้างสูง</li> <li>เป็นความร่วมมือของกรม/กองที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย (สธ./สปสช./สสส./สรพ./สรพ.)</li> <li>การสร้าง ความเข้าใจในระดับเขต โดยมีการประชุมทุก ๒ เดือน และให้ความสำคัญกับเครือข่าย DHS นีรื่อง ๔๓ แห่ง</li> <li>ในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการในระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ กับทุกภาคส่วน (รัฐ/เอกชน/ท้องถิ่น/วัด/โรงเรียน/ชุมชน/ เป็นต้น) ตามบริบทของพื้นที่</li> <li>มีผู้นิเทศการเยี่ยมเสริมพลัง (DHS-PCA) เพื่อร่วมการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>ความพร้อมของพื้นที่ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงาน ความสัมพันธ์อันดีระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ol>	
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การสร้าง ความเข้าใจในระดับกรม ยังไม่ครอบคลุม</li> <li>การบูรณาการงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>ปัญหาการประสานงานในบางพื้นที่ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>ความสามารถและความพร้อมของผู้นิเทศการเยี่ยมเสริมพลัง (DHS-PCA) ในบางเขต</li> </ol>	
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป (รายงานรอบ ๑๒ เดือน) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การตรวจเยี่ยมโดยผู้บริหารระดับกระทรวง</li> <li>การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน ในการร่วมติดตามประเมินผล</li> <li>การมีเวทีให้ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น</li> </ol>	
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>รายงานการประชุม</li> <li>หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ</li> </ol>	

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน															
<b>ชื่อตัวชี้วัด : ๑.๑.๒ ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง</b>																	
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุษยผลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์		<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑.นางพิจณา เพ็ญกิตติ ๒.นางกนกวรรณ พึ่งรัมย์ ๓.นางสุคนธ์ เมฆทรงกลด ๔.นายพิทยา สร้อยสำโรง ๕.นางนภาพิณ จันใด ๖.นางสาวพวงผกา มะเสนา ๗.นางสาวสุพัตรา ต่อศรี															
<b>โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๑</b>		<b>โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๗, ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๓</b>															
<b>คำอธิบาย :</b>  <p>การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพ เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)</p> <p>การส่งต่อในเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อภายในเขตบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพรวม ทั้งสถานบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตสุขภาพนั้นๆ</p> <p>การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อไปสถานพยาบาลที่อยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง และบันทึกความเข้าใจข้อตกลง (MOU) ที่ได้ทำไว้นอกเขตสุขภาพ</p> <p><b>สูตรการคำนวณ :</b></p> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๕๗} - \text{จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๕๘} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๕๗}}</math> </p>																	
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b>																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๕</th> <th>๒๕๕๖</th> <th>๒๕๕๗</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>๐.๔</td> <td>๓๒.๓๗</td> </tr> </table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง	ร้อยละ	-	๐.๔	๓๒.๓๗
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗													
ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง	ร้อยละ	-	๐.๔	๓๒.๓๗													

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑๔	๒๓	๓๒	๔๑	๕๐

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนน ที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยออกนอก เขตสุขภาพลดลง	๑๕	อยู่ระหว่าง ดำเนินงาน	๑.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ และคณะอนุกรรมการด้านต่างๆ
๒. ดำเนินการประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาระบบส่งต่อ
๓. ดำเนินการประชุมปรึกษาหารือแนวทางการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อ
๔. ดำเนินการประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ
๕. ดำเนินการติดตามข้อมูลตัวชี้วัดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง :

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ และคณะอนุกรรมการด้านต่างๆ
๒. รายงานการประชุมปรึกษาหารือการพัฒนาระบบส่งต่อ
๓. รายงานการประชุมปรึกษาหารือแนวทางการใช้โปรแกรมระบบส่งต่อ
๔. รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ๑.๒.๑ (๑) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข ๒. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์ ๓. นางสาววรารักษ์ อ่ำช้าง ๔. นางนภาเพ็ญ จันใด ๕. นางสาวพวงผกา มะเสนา	
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๑	<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๗ - ๘	
<b>คำอธิบาย :</b> - โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๙๖ แห่ง) - คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพโดยระบบบริหารคุณภาพ และ ผ่านการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามกระบวนการรับรอง HA : Hospital Accreditation <b>คำนิยาม :</b> HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้ - HA ขั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไข ป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ขั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนา คุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ ยากเกินไป - HA ขั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนา อย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน		
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b> <b>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย</b> ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประสบกับปัญหาสำคัญหลายประการ อันได้แก่ปัญหาเรื่อง ประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความแออัดของผู้รับบริการในสถานบริการระดับสูง ความเป็นธรรมในการเข้าถึง บริการ การฟ้องร้องของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการที่ผ่านมา พบว่า จำนวน สถานบริการสุขภาพ (รพศ./รพท.) ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ (HA ขั้น ๓) ร้อยละ ๙๒.๗๑ (๘๙ จาก ๙๖ แห่ง) ตลอดจนประชาชนมีความคาดหวังคุณภาพโรงพยาบาลมากขึ้น ในขณะที่ผู้ให้บริการมีความเสี่ยงต่อการร้องเรียน ในการให้บริการเพิ่มขึ้น เพื่อเร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ผู้ให้บริการมี ความมั่นใจ เกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ตลอดจนสร้างเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพ บริการ และสถานบริการทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย		

<p align="center"><b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> (รายตัวชี้วัด)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน										
<p><b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b></p> <p>๑. คณะกรรมการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ และคณะทีมพี่เลี้ยงประจำเขตสุขภาพ จำนวน ๑๒ เขตสุขภาพ เพื่อ กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการทุกระดับ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ สนับสนุนให้มีเครือข่ายการตรวจประเมินคุณภาพบริการระดับเขต ตลอดจนสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภอ จังหวัด เขตและประเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินการและแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนด รายละเอียดดังคำสั่งที่แนบมาพร้อมนี้ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๘ /๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘)</p> <p>๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>ได้มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ครั้งที่ ๑ / ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ (เฉพาะคณะกรรมการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ) เพื่อพิจารณาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการ จากข้อมูลสถานการณ์การรับรอง Hospital Accreditation ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ ตลอดจนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง เพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดปี ๒๕๕๘</p> <p>๓. การติดตามสถานการณ์โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ</p> <p>การติดตามสถานการณ์โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ จากเว็บไซต์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) (www.ha.or.th หัวข้อ สำหรับประชาชน / โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง) ซึ่งการรายงานครั้งนี้ ได้ดาวน์โหลดข้อมูลจาก สรพ. ซึ่งเป็นข้อมูล ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘</p>											
<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b></p> <table border="1" data-bbox="239 1288 1356 1411"> <tr> <td>ระดับ ๑</td> <td>ระดับ ๒</td> <td>ระดับ ๓</td> <td>ระดับ ๔</td> <td>ระดับ ๕</td> </tr> <tr> <td>๘๗</td> <td>๘๙.๕</td> <td>๙๒</td> <td>๙๔.๕</td> <td>๙๗</td> </tr> </table>		ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๘๗	๘๙.๕	๙๒	๙๔.๕	๙๗
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕							
๘๗	๘๙.๕	๙๒	๙๔.๕	๙๗							
<p><b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b></p> <table border="1" data-bbox="239 1556 1356 1803"> <tr> <th>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA</td> <td>๑๐</td> <td>๙๓.๘๑ (๙๑ แห่ง จาก ๙๗ แห่ง)</td> <td>๓.๐๐๐๐</td> <td>๐.๓๐๐๐</td> </tr> </table>		ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA	๑๐	๙๓.๘๑ (๙๑ แห่ง จาก ๙๗ แห่ง)	๓.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก							
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA	๑๐	๙๓.๘๑ (๙๑ แห่ง จาก ๙๗ แห่ง)	๓.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐							
<p><b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b></p> <p>- ปี ๒๕๕๘ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับเขต “โรงพยาบาลแต่ละระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น ๓ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐”</p>											

<p align="center"><b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> (รายตัวชี้วัด)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุน นโยบายของกระทรวงใช้ HA ก่อนเนื่องจากค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก และมีความเข้าใจต่อระบบของโรงพยาบาล แต่ไม่ขัดข้องหากสถานบริการจะพัฒนาคุณภาพด้วยระบบอื่น โดยประเมินจากความพร้อม งบประมาณ ความคุ้มค่าคุ้มทุน ประโยชน์ที่จะได้รับและไม่กดดันเจ้าหน้าที่ เน้นหลักการสร้างเครือข่ายระดับเขต จังหวัดจะช่วยในการส่งเสริมสนับสนุนให้การพัฒนาเป็นไปได้ด้วยความเรียบร้อย ราบรื่น รวดเร็ว และประหยัด การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย จะทำเป็น ๓ ชั้น คือ ๑) ช่วยเหลือตัวเองกันภายในจังหวัด ๒) เขตสนับสนุนโดยการใช้ทรัพยากรของเขต ทั้ง คน เงิน ของ เพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ ๓) กระทรวงสนับสนุน เรื่องโครงสร้างใหญ่ หรือการตั้งงบประมาณ เพื่อพัฒนาโครงสร้างให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้ศึกษาและเทียบเคียงระบบคุณภาพต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือก โดยใช้ HA เป็นตัวเทียบเคียง</p> <p>๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จัดตั้งขึ้น มีความเข้มแข็ง และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ</p> <p>๓. การวัดผลในภาพของเขตสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือ พัฒนาร่วมกัน</p>	
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>การแบ่งประเภทสถานบริการ (รพศ./รพท./รพช.) คือ กพร. แบ่งประเภทสถานบริการตามเกณฑ์ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (รพศ./รพท. ๙๖ แห่ง และ รพช. ๗๔๐ แห่ง รวม ๘๓๖ แห่ง) ในขณะที่สรพ. แบ่งประเภทสถานบริการตาม Service Plan (รพศ./รพท. จำนวน ๑๑๖ แห่ง และ รพช. จำนวน ๗๒๒ แห่ง รวม ๘๓๘ แห่ง) แต่การรายงานครั้งนี้ ใช้ รพศ./รพท. จำนวน ๙๗ แห่ง โดยตัด รพช. ๑๙ แห่งที่ยกฐานะ มาไว้ในกลุ่ม รพช. ดังนั้นจำนวน รพช. จึงเท่ากับ ๗๔๑ แห่ง ( ๗๒๒ + ๑๙ )</p>	
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b></p> <p>๑. การแบ่งประเภทสถานบริการควรใช้แนวทางเดียวกัน เพื่อลดความสับสน ทั้งนี้จากการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ครั้งที่ ๑ / ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีความเห็นให้อิงฐานข้อมูลของ สรพ. เป็นหลัก</p> <p>๒. ตัวชี้วัดควรรวมสถานบริการทุกระดับ (ไม่แยก รพศ./รพท. เป็นหนึ่งกลุ่ม รพช. อีกหนึ่งกลุ่ม) โดยเบื้องต้นวัดเป็นภาพจังหวัด และระดับเขตสุขภาพในระยะถัดไป เนื่องจากจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลักดันและธำรงสถานภาพ หากการแบ่งประเภทสถานบริการไม่มีผลต่อการประเมินเพื่อขอรับรอง</p> <p>๓. ควรกำหนดเวลาที่สถานบริการควรผ่านการรับรอง ๑๐๐ % เมื่อไร เช่น สถานบริการทุกแห่งผ่านการรับรองคุณภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เป็นต้น</p>	
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b></p> <p>๑. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๘ /๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ครั้งที่ ๑ / ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘</p> <p>๓. รายงานข้อมูลสถานการณรับรอง HA รายโรงพยาบาล ณ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ จากเว็บไซต์ สรพ. <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a></p> <p>๔. รายชื่อ รพช. ๑๙ แห่ง ที่ยกฐานะเป็น รพท.</p>	



<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<b>ชื่อตัวชี้วัด : ๑.๒.๑ (๒) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA</b>		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข ๒. นางจิตติมา ศรศกุลรัตน์ ๓. นางสาววราภรณ์ อ่ำช้าง ๔. นางนภาพิณ จันใด ๕. นางสาวพวงผกา มะเสนา	
<b>โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๑</b>	<b>โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๗ - ๘</b>	
<b>คำอธิบาย :</b> - โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๗๔๐ แห่ง) - คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพโดยระบบบริหารคุณภาพ และผ่านการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามกระบวนการรับรอง HA : Hospital Accreditation <b>คำนิยาม :</b> HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้ - HA ขั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - HA ขั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ขั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน		
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b> <b>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย</b> ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประสบกับปัญหาสำคัญหลายประการ อันได้แก่ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความแออัดของผู้รับบริการในสถานบริการระดับสูง ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ การฟ้องร้องของผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการที่ผ่านมา พบว่า จำนวนสถานบริการสุขภาพ (รพช.) ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ (HA ขั้น ๓) ร้อยละ ๖๐.๒๗ (๔๔๖ จาก ๗๔๐ แห่ง) ตลอดจนประชาชนมีความคาดหวังคุณภาพโรงพยาบาลมากขึ้น ในขณะที่ผู้ให้บริการมีความเสี่ยงต่อการร้องเรียนในการให้บริการเพิ่มขึ้น เพื่อเร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ผู้ให้บริการมีความมั่นใจ เกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ ตลอดจนสร้างเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการ และสถานบริการทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย		

<p align="center"><b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> (รายตัวชี้วัด)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน										
<p><b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b></p> <p>๑. คณะกรรมการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ และคณะทีมพี่เลี้ยงประจำเขตสุขภาพ จำนวน ๑๒ เขตสุขภาพ เพื่อ กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการทุกระดับ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ สนับสนุนให้มีเครือข่ายการตรวจประเมินคุณภาพบริการระดับเขต ตลอดจนสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภอ จังหวัด เขตและประเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินการและแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนด รายละเอียดดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๘ /๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘)</p> <p>๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>ได้มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ครั้งที่ ๑ / ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ (เฉพาะคณะกรรมการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ) เพื่อพิจารณาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการ จากข้อมูลสถานการณ์การรับรอง Hospital Accreditation ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ ตลอดจนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง เพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดปี ๒๕๕๘</p> <p>๓. การติดตามสถานการณ์โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ</p> <p>การติดตามสถานการณ์โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ จากเว็บไซต์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) (<a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a> หัวข้อ สำหรับประชาชน / โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง) ซึ่งการรายงานครั้งนี้ ได้ดาวน์โหลดข้อมูลจาก สรพ. ซึ่งเป็นข้อมูล ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘</p>											
<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b></p> <table border="1" data-bbox="239 1288 1348 1411"> <tr> <td>ระดับ ๑</td> <td>ระดับ ๒</td> <td>ระดับ ๓</td> <td>ระดับ ๔</td> <td>ระดับ ๕</td> </tr> <tr> <td>๕๕</td> <td>๕๗.๕</td> <td>๖๐</td> <td>๖๕</td> <td>๗๐</td> </tr> </table>		ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๕๕	๕๗.๕	๖๐	๖๕	๗๐
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕							
๕๕	๕๗.๕	๖๐	๖๕	๗๐							
<p><b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b></p> <table border="1" data-bbox="239 1556 1348 1803"> <tr> <th>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA</td> <td>๑๐</td> <td>๖๔.๖๔ (๔๗๙ แห่ง จาก ๗๔๑)</td> <td>๓.๐๐๐๐</td> <td>๐.๓๐๐๐</td> </tr> </table>		ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA	๑๐	๖๔.๖๔ (๔๗๙ แห่ง จาก ๗๔๑)	๓.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก							
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA	๑๐	๖๔.๖๔ (๔๗๙ แห่ง จาก ๗๔๑)	๓.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐							
<p><b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b></p> <p>- ปี ๒๕๕๘ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับเขต “โรงพยาบาลแต่ละระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น ๓ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐”</p>											

<p align="center"><b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> (รายตัวชี้วัด)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุน นโยบายของกระทรวงใช้ HA ก่อนเนื่องจากค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก และมีความเข้าใจต่อระบบของโรงพยาบาล แต่ไม่ขัดข้องหากสถานบริการจะพัฒนาคุณภาพด้วยระบบอื่น โดยประเมินจากความพร้อม งบประมาณ ความคุ้มค่าคุ้มทุน ประโยชน์ที่จะได้รับและไม่กดดันเจ้าหน้าที่ เน้นหลักการสร้างเครือข่ายระดับเขต จังหวัดจะช่วยในการส่งเสริมสนับสนุนให้การพัฒนาเป็นไปได้ด้วยความเรียบร้อย ราบรื่น รวดเร็ว และประหยัด การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย จะทำเป็น ๓ ชั้น คือ ๑) ช่วยเหลือตัวเองกันภายในจังหวัด ๒) เขตสนับสนุนโดยการใช้ทรัพยากรของเขต ทั้ง คน เงิน ของ เพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ ๓) กระทรวงสนับสนุน เรื่องโครงสร้างใหญ่ หรือการตั้งงบประมาณ เพื่อพัฒนาโครงสร้างให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งให้ศึกษาและเทียบเคียงระบบคุณภาพต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือก โดยใช้ HA เป็นตัวเทียบเคียง</p> <p>๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จัดตั้งขึ้น มีความเข้มแข็ง และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ</p> <p>๓. การวัดผลในภาพของเขตสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือ พัฒนาร่วมกัน</p>	
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>การแบ่งประเภทสถานบริการ (รพศ./รพท./รพช.) คือ กพร. แบ่งประเภทสถานบริการตามเกณฑ์ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (รพศ./รพท. ๙๖ แห่ง และ รพช. ๗๔๐ แห่ง รวม ๘๓๖ แห่ง) ในขณะที่สรพ. แบ่งประเภทสถานบริการตาม Service Plan (รพศ./รพท. จำนวน ๑๑๖ แห่ง และ รพช. จำนวน ๗๒๒ แห่ง รวม ๘๓๘ แห่ง) แต่การรายงานครั้งนี้ ใช้ รพศ./รพท. จำนวน ๙๗ แห่ง โดยตัด รพช. ๑๙ แห่งที่ยกฐานะ มาไว้ในกลุ่ม รพช. ดังนั้นจำนวน รพช. จึงเท่ากับ ๗๔๑ แห่ง ( ๗๒๒ + ๑๙ )</p>	
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b></p> <p>๑. การแบ่งประเภทสถานบริการควรใช้แนวทางเดียวกัน เพื่อลดความสับสน ทั้งนี้จากการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ครั้งที่ ๑ / ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ที่ประชุมมีความเห็นให้อิงฐานข้อมูลของ สรพ. เป็นหลัก</p> <p>๒. ตัวชี้วัดควรรวมสถานบริการทุกระดับ (ไม่แยก รพศ./รพท. เป็นหนึ่งกลุ่ม รพช. อีกหนึ่งกลุ่ม) โดยเบื้องต้นวัดเป็นภาพจังหวัด และระดับเขตสุขภาพในระยะถัดไป เนื่องจากจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลักดันและธำรงสถานภาพ หากการแบ่งประเภทสถานบริการไม่มีผลต่อการประเมินเพื่อขอรับรอง</p> <p>๓. ควรกำหนดเวลาที่สถานบริการควรผ่านการรับรอง ๑๐๐ % เมื่อไร เช่น สถานบริการทุกแห่งผ่านการรับรองคุณภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เป็นต้น</p>	
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b></p> <p>๑. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๘ /๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ครั้งที่ ๑ / ๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘</p> <p>๓. รายงานข้อมูลสถานการณรับรอง HA รายโรงพยาบาล ณ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ จากเว็บไซต์ สรพ. <a href="http://www.ha.or.th">www.ha.or.th</a></p> <p>๔. รายชื่อ รพช. ๑๙ แห่ง ที่ยกฐานะเป็น รพท.</p>	

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<b>(✓) รอบ ๖ เดือน</b>
<b>ชื่อตัวชี้วัด : ๑.๒.๑ (๓) ร้อยละของเครือข่ายปฐมภูมิที่มีคุณภาพ</b>		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข ๒. นางลดาวัลย์ นกหมุด ๓. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ ๔. นางสาวสุประวีณ์ เมฆฉาย ๕. นางนภาพิณ จันใด ๖. นางสาวพวงผกา มะเสนา	
<b>โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๑</b>	<b>โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๖,๐ ๒๕๕๐ ๑๖๔๒</b>	
<b>คำอธิบาย :</b> <p>- <b>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต)</b> หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน – ใกล้ใจประชาชน ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยที่ได้รับการพัฒนาระดับซึ่งมีการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุก คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>- <b>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่รวมตัวกัน ประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ อาจมีเครือข่ายหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศ ทั้งนี้ เครือข่ายหน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการหรือจากกองทุนตามคณะกรรมการกำหนด</p> <p>- <b>เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ</b> หมายถึง การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตามแนวทาง DHS – PCA ระดับ ๓ ขององค์ประกอบ U-CARE ในทุกประเด็น</p> <p>- <b>DHS-PCA</b> หมายถึง แนวทางการเยี่ยมสำรวจด้วยกระบวนการดูแล (Caring) และ การให้คุณค่า (Appreciation) ในสิ่งที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ เป็นอยู่</p> <p>- <b>องค์ประกอบ UCARE</b> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)</li> <li>๒. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)</li> <li>๓. การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)</li> <li>๔. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)</li> <li>๕. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)</li> </ol>		

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>	<b>(✓) รอบ ๖ เดือน</b>																		
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b>  <p>เริ่มเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเตรียมความพร้อมในการลงพื้นที่สำหรับเยี่ยมเสริมพลังของแต่ละพื้นที่ (การอบรมพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมสำรวจการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHS-PCA จำนวน ๒ รุ่น รุ่นที่ ๑ เขต ๑ ถึง เขต ๖ วันที่ ๑๓-๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ณ จ.สระบุรี / รุ่นที่ ๒ เขต ๗ ถึง เขต ๑๒ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน – ๒ ธันวาคม ๒๕๕๗ ณ จ.นครนายก)</li> <li>๒. การชี้แจงทีมเยี่ยมเสริมพลังในการดำเนินการเมื่อเข้าร่วมการตรวจราชการ (การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan และการร่วมนิเทศระดับเขตสุขภาพ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘)</li> </ol>																			
<b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">เกณฑ์</th> <th style="width: 15%;">ระดับ ๑</th> <th style="width: 15%;">ระดับ ๒</th> <th style="width: 15%;">ระดับ ๓</th> <th style="width: 15%;">ระดับ ๔</th> <th style="width: 15%;">ระดับ ๕</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละเป้าหมาย</td> <td style="text-align: center;">๒๔.๒๐</td> <td style="text-align: center;">๒๖.๗๐</td> <td style="text-align: center;">๒๙.๒๐</td> <td style="text-align: center;">๓๑.๗๐</td> <td style="text-align: center;">๓๔.๒๐</td> </tr> <tr> <td>จำนวน (แห่ง)</td> <td style="text-align: center;">๒๐๗</td> <td style="text-align: center;">๑๕๖</td> <td style="text-align: center;">๒๕๐</td> <td style="text-align: center;">๒๗๑</td> <td style="text-align: center;">๒๙๓</td> </tr> </table>		เกณฑ์	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละเป้าหมาย	๒๔.๒๐	๒๖.๗๐	๒๙.๒๐	๓๑.๗๐	๓๔.๒๐	จำนวน (แห่ง)	๒๐๗	๑๕๖	๒๕๐	๒๗๑	๒๙๓
เกณฑ์	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕														
ร้อยละเป้าหมาย	๒๔.๒๐	๒๖.๗๐	๒๙.๒๐	๓๑.๗๐	๓๔.๒๐														
จำนวน (แห่ง)	๒๐๗	๑๕๖	๒๕๐	๒๗๑	๒๙๓														
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 35%;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="width: 10%;">น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th style="width: 20%;">ผลการดำเนินงาน</th> <th style="width: 15%;">ค่าคะแนนที่ได้</th> <th style="width: 20%;">ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละของเครือข่ายปฐมภูมิที่มีคุณภาพ</td> <td style="text-align: center;">๑๐</td> <td style="text-align: center;">อยู่ระหว่างดำเนินการ</td> <td style="text-align: center;">๑.๐๐๐๐</td> <td style="text-align: center;">๐.๑๐๐๐</td> </tr> </table>		ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	ร้อยละของเครือข่ายปฐมภูมิที่มีคุณภาพ	๑๐	อยู่ระหว่างดำเนินการ	๑.๐๐๐๐	๐.๑๐๐๐								
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก															
ร้อยละของเครือข่ายปฐมภูมิที่มีคุณภาพ	๑๐	อยู่ระหว่างดำเนินการ	๑.๐๐๐๐	๐.๑๐๐๐															
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b>																			
<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตามแนวทาง DHS – PCA ระดับ ๓ ขององค์ประกอบ U-CARE ในทุกประเด็น ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)</li> <li>- การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation)</li> <li>- การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation)</li> <li>- การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)</li> <li>- การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)</li> </ul> </li> </ol>																			

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)						(✓) รอบ ๖ เดือน
UCARE	๑ เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	๒ ขยายการ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณาการ	คำสำคัญและนิยาม ปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะ ทำงานร่วมกัน และดำเนินงาน ตามหน้าที่ใน ส่วนที่ รับผิดชอบ	มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม ในบางประเด็น และ/หรือ มี ภาคีภาคส่วน ร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่าง ฝ่ายคิดวางแผน และดำเนินการ ร่วมกัน โดยมีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย บางส่วน	fully integrate เป็น โครงข่ายทีม เดียวกัน ทั้ง แนวตั้งและ แนวราบ โดยมีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคี ภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่าย สุขภาพ ในทุก ประเด็น สุขภาพสำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีม ภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กัปรพ., ทีมรพ.สต. กับทีมรพ.สต. , ทีม ระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ. กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้ง และทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาค ส่วนต่างๆ)
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมใน การดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ ในงาน ที่หลากหลาย และขยายวง กว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วน ร่วมคิด ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพอย่างเป็น ระบบกับ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ และมี การขยายวงได้ ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ และมี การทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการมี ส่วนร่วมให้ เหมาะสมมาก ขึ้น	ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จน ร่วมเป็น เจ้าของการ ดำเนินงาน เครือข่าย บริการปฐมภูมิ	
Appreciation	มีแนวทางหรือ วิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการใน การดูแล พัฒนา และ สร้างความพึง พอใจของ บุคลากร	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการในการ ดูแล พัฒนา และสร้างความ พึงพอใจของ บุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ ละหน่วยงาน	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและ สร้างความพึง พอใจ และ ความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้ สอดคล้องกับ	เครือข่าย สุขภาพมีการ เรียนรู้ ทบทวน กระบวนการ ดูแล พัฒนา และสร้างความ ผูกพันของ บุคลากรให้ สอดคล้องกับ บริบท	สร้าง วัฒนธรรม เครือข่ายให้ บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและ เกิดความ ผูกพันในงาน ของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความ กระตือรือร้นในการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ และ ในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้ บรรลุพันธกิจขององค์กร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)						(✓) รอบ ๖ เดือน
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผนการ ใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน	มีการ ดำเนินการ ร่วมกัน ในการ ใช้ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ใน บางประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบและ ครอบคลุม ตาม บริบท และ ความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้ บรรลุตาม เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพ	มีการทบทวน และปรับปรุง การจัดการ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้ เหมาะสม และ มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน) และมีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้ เกิดระบบ สุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้ง ข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน
	มีแนวทาง หรือ เริ่มดำเนินการ จัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐาน ที่จำเป็นในแต่ ละกลุ่ม ตาม บริบทของ ชุมชน	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ ตามบริบท และตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และ ชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่ม ที่มีปัญหาสูง	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ ตามบริบท ตาม ความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม และ ชุมชนที่ ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การ จัดระบบดูแล สุขภาพ และ พัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการ ดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้องมาก ขึ้น	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ อย่างบูรณาการ ร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาคีภาค ส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมี สถานะสุขภาพ ดี	Essential Care หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่ จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไป ตามศักยภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
<p>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง จึงเป็นโอกาสการพัฒนา</li> <li>เป็นความร่วมมือของภาคีเครือข่าย (สธ./สปสช./สสส./สรพ./สรพ.)</li> <li>มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง (DHS-PCA) ร่วมการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>DHS-PCA เป็นตัวขับเคลื่อน DHS เพื่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ</li> </ol>						

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	(✓) รอบ ๖ เดือน
<p>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ความรู้-ความเข้าใจ ของ DHS-PCA</li> <li>๒. การบูรณาการงานปฐมภูมิ และ DHS ในระดับพื้นที่</li> <li>๓. ความสามารถและความพร้อมของผู้นิเทศการเยี่ยมเสริมพลัง (DHS-PCA)</li> </ol>	
<p>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป (รายงานรอบ ๑๒ เดือน) :</p> <p>การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมเยี่ยมเสริมพลัง (DHS-PCA)</p>	
<p>หลักฐานอ้างอิง :</p> <p>รายชื่อทีมเยี่ยมเสริมพลัง (DHS-PCA)</p>	



<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ๑.๒.๒ ร้อยละของศูนย์พึ่งได้ใน รพศ./รพท. และ รพช. มีการรายงานข้อมูล การให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัว		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางธันชนัน สิงห์หัต ๒. นางบุญพลอย ตูลาพันธุ์ ๓. นางสาวอชิมา เกิดกล้า ๔. นางสาวศิวาพร มหิทธิกุล ๕. นางนภาเพ็ญ จันใด ๖. นางสาวพวงผกา มะเสนา	
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๕๕	<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๔๑	
<b>คำอธิบาย :</b>  <p><b>ความรุนแรง</b> หมายถึง การจงใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำต่อตนเองต่อผู้อื่น ต่อ          กลุ่มบุคคลหรือชุมชน ซึ่งมีผลทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะมีผลให้เกิดการบาดเจ็บ ตายหรือเป็นอันตรายต่อจิตใจ          หรือเป็นการยับยั้งการเจริญงอกงามหรือการกีดกันหรือปิดกั้น ทำให้สูญเสียสิทธิบางประการ และขาดการได้รับ          ในสิ่งที่สมควรได้รับ (World Health Organization, ๑๙๙๕)</p> <p><b>ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center : OSCC)</b> หมายถึง หน่วยงานให้การช่วยเหลือเด็กและสตรีที่          ถูกกระทำรุนแรงที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน ๘๓๐ แห่ง</p> <p><b>โปรแกรมระบบรายงานเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง</b> หมายถึง ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็ก          สตรีและบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อบันทึกข้อมูลจากการให้บริการศูนย์พึ่งได้ใน          โรงพยาบาลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต</p> <p><b>การรายงานข้อมูล</b> คือ การนำข้อมูลการให้บริการ ลงโปรแกรมระบบรายงานเด็กและสตรีที่ถูกกระทำ          รุนแรง ถูกต้องครบถ้วน โรงพยาบาล ที่มีการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงแบบบูรณาการ          โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาได้อย่างครบวงจร</p> <p><b>สูตรการคำนวณ :</b></p> $\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่มีการรายงานข้อมูล}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนข้อมูลทั้งหมด}} \times 100$		

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน		
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b>				
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗
ร้อยละของศูนย์พึ่งได้ใน รพศ./รพท. และ รพช. มีการรายงานข้อมูล การให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรีและ บุคคลในครอบครัว	ร้อยละ	๕๐๑	๖๓๑	๕๘๗ แห่ง (ร้อยละ ๘๐)
<b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b>				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๔๐ (๓๓๒ แห่ง)	๕๐ (๔๑๔ แห่ง)	๖๐ (๔๙๗ แห่ง)	๗๐ (๕๘๐ แห่ง)	๘๐ (๖๖๓ แห่ง)
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของศูนย์พึ่งได้ใน รพศ./รพท. และ รพช. มีการรายงานข้อมูล การให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรีและ บุคคลในครอบครัว	๕	ร้อยละ ๕๐ (๔๒๑ แห่ง)	๒.๐๐๐๐	๐.๐๕๐๐
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b> <p>สำนักบริหารการสาธารณสุข รับผิดชอบการดำเนินการพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ศูนย์พึ่งได้) และโปรแกรมระบบรายงานเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง เพื่อรองรับการบันทึกข้อมูลการให้บริการศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลผ่านระบบอินเตอร์เน็ต โดยมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงแบบครบวงจร ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ประสบปัญหาได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และลงข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบัน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินกิจกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพศูนย์พึ่งได้ให้มีคุณภาพมาตรฐาน (พัฒนาระบบการให้บริการศูนย์พึ่งได้และพัฒนาระบบรายงานข้อมูลการให้บริการศูนย์พึ่งได้)</li> <li>การให้บริการรับแจ้งเหตุ การคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ประสบปัญหา</li> <li>กลุ่มเป้าหมายหลัก ตามแนวทางการปฏิบัติงาน OSCC ศูนย์ช่วยเหลือสังคม โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับศูนย์พึ่งได้</li> <li>ลงข้อมูลในระบบรายงานเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ที่เข้ารับบริการในศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลชุมชน มีความครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน</li> </ol>				

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<p>๔. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาล โดยสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่าย ในการเดินทางเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา</p> <p>๕. การประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำ Case conference เพื่อหาแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาให้กับเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงอย่างเหมาะสมต่อไป</p>	
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>๑. มีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>๒. เป็นงานบูรณาการที่ต้องดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆและเกี่ยวข้องกับกฎหมายหลายฉบับ</p> <p>๓. มีเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อทั้งภาครัฐและเอกชน</p>	
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>๑. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย</p> <p>๒. ไม่มีโครงสร้างการทำงานในโรงพยาบาลที่ชัดเจน</p>	
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b></p> <p>๑. ควรมีการสนับสนุนงบประมาณลงสู่ในระดับหน่วยงาน ทุกระดับ</p> <p>๒. ควรมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>	
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b></p> <p>๑. หนังสือสำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๒๘.๐๖./๒๖๙๗๖ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๗ เรื่อง การจัดสรรงบประมาณส่วนภูมิภาคงบดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เฉพาะ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด)</p> <p>๒. หนังสือกลุ่มคลังและวัสดุ สำนักบริหารกลาง ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๒๒./ว๓๓๙ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ เรื่อง แจ้งการโอนเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปี ๒๕๕๘ (เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)</p> <p>๓. หนังสือกลุ่มคลังและพัสดุ สำนักบริหารกลาง ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๒๒./ว๓๔๐ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ เรื่อง แจ้งการโอนเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปี ๒๕๕๘ (เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)</p> <p>๔. หนังสือสำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๒๘.๐๖.ว๙๔๓ ลงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ เรื่อง การจัดสรรงบประมาณการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง)</p>	

# มติภายใน การประเมินประสิทธิภาพ

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน		
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน				
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงษ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางลินลา ตูเอี้ยง ๒. นางณัฐกาญจน์ ศรีสำอาง ๓. นางสุรีย์พร ่องอาจอิทธิชัย ๔. นางสาวสุพัตรา ต่อศรี ๕. นายวิวัฒน์ อภาภวิวัฒน์			
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๕๕	<b>โทรศัพท์ :</b> ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๖๓ โทรสาร ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๕๗			
<b>คำอธิบาย :</b> ๑. การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายในภาพรวมของ หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมได้ เมื่อเทียบกับงบประมาณที่หน่วยงานได้รับการจัดสรรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั้งหมด เมื่อเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนน โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายที่กลุ่มคลังและพัสดุยืนยันอย่างเป็นทางการ หลังสิ้นปีงบประมาณ ๒. งบประมาณ หมายถึง งบประมาณงบดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ ที่ ๓. หน่วยงาน หมายถึงสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  <b>สูตรคำนวณ :</b> $\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ ถึงสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๕๘} \times ๑๐๐}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายที่หน่วยงานได้รับจัดสรรทั้งหมด}}$  <b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b> $= \frac{๙,๑๙๔,๑๔๙.๗๔}{๓๗,๓๒๐,๒๑๙} \times ๑๐๐$ $\text{คิดเป็นร้อยละ} = ๒๔.๖๓$				
<b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b> ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๒ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน												
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">หน่วยวัด</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">๒๕๕๕</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">๒๕๕๖</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">๒๕๕๗</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">ร้อยละ</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๕</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๓.๕</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๕</td> </tr> </table>	ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	ร้อยละ	๕	๓.๕	๕				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗										
ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	ร้อยละ	๕	๓.๕	๕										
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">ผลการ ดำเนินงาน</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">ค่าคะแนนที่ได้</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๕</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">ร้อยละ ๒๔.๖๓</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๑.๐๐๐๐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๐.๐๕๐๐</td> </tr> </table>	ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก	ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	๕	ร้อยละ ๒๔.๖๓	๑.๐๐๐๐	๐.๐๕๐๐				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก										
ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	๕	ร้อยละ ๒๔.๖๓	๑.๐๐๐๐	๐.๐๕๐๐										
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b> สำนักบริหารการสาธารณสุขรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานในส่วนภูมิภาค แต่ในส่วนการวิเคราะห์ผลร้อยละอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน สำนักบริหารการสาธารณสุขคิดเฉพาะงบประมาณที่ได้รับจัดสรรงบดำเนินงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้จ่ายภายในสำนักบริหารการสาธารณสุขเท่านั้น														
<b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>														
<b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>														
<b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b>														
<b>หลักฐานอ้างอิง :</b> รายงานผลการใช้จ่ายงบประมาณจากกลุ่มคลังและพัสดุ สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบ GFMS														

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ๒. นางบุษบา บุศยพลากร รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางณปภัช นฤคนธ์ ๒. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข ๓. นางนภาพิณ จันใด ๔. นางสมลีนี เกษมศิลป์ ๕. นางชุตินา โฉมปรารงค์	
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๒	<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๓	
<b>คำอธิบาย :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ความเสี่ยง (Risk)</b> หมายถึง เหตุการณ์/การกระทำใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและส่งผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน) หรือก่อให้เกิดความล้มเหลวหรือลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน</li> <li>● <b>การบริหารความเสี่ยง (Risk Management)</b> หมายถึง การบริหารจัดการปัจจัยและควบคุมกิจกรรมรวมทั้งกระบวนการการดำเนินการต่างๆ โดยลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหาย เพื่อให้ระดับของความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่สามารถรับได้ ประเมินได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน</li> <li>● <b>โครงการตามแผนบริหารความเสี่ยง</b> หมายถึง แผนงานโครงการที่ปรากฏอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน</li> <li>● <b>ระดับความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง</b> หมายถึง หน่วยงานสามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานได้แล้วเสร็จครบถ้วน</li> <li>● ให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกแผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน อย่างน้อย ๑ โครงการ มาดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง/ คู่มือการบริหารความเสี่ยงของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>		
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b>		
<b>ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในอดีต</b> <b>ปีงบประมาณ พ.ศ.</b>
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>๒๕๕๕</span> <span>๒๕๕๖</span> <span>๒๕๕๗</span> </div>
ระดับความสำเร็จของการบริหาร ความเสี่ยง	ระดับ	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>-</span> <span>-</span> <span>-</span> </div>

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
(รายตัวชี้วัด)

☒ รอบ ๖ เดือน  
☐ รอบ ๑๒ เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ คะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

**เหตุผล :** เพื่อให้หน่วยงานมีการดำเนินการบริหารความเสี่ยง โดยบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรมรวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อลดมูลเหตุของแต่ละโอกาสที่หน่วยงานจะเกิดความเสียหาย ให้ระดับความเสี่ยงและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ประเมินได้ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างมีระบบ โดยคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมาย/ของหน่วยงานตามยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติราชการเป็นสำคัญ

**เงื่อนไข :** รายละเอียดการดำเนินงาน

ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน
๑	มีผู้รับผิดชอบ/ คณะกรรมการ/ คณะทำงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
๒	- วิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน) หรือความล้มเหลว หรือลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน - จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง
๓	จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน ได้แล้วเสร็จ และจัดส่งมายังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ โดยในแผนฯ ดังกล่าวต้องมีการกำหนดมาตรการหรือแผนปฏิบัติการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากรของหน่วยงาน และการดำเนินการแก้ไขลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน และผู้บริหารของหน่วยงานลงนามในแผนฯ ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘
๔	ดำเนินการตามแผนบริหารความเสี่ยงของการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน ได้แล้วเสร็จครบถ้วน



<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน										
๕	มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยงเพื่อบรรจุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปี และมีการกำหนดแนวทาง ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนบริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงาน และเสนอผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน											
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการ ดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการบริหาร ความเสี่ยง</td> <td>ร้อยละ ๕</td> <td>ขั้นตอนที่ ๓</td> <td>๓.๐๐๐๐</td> <td>๐.๑๕๐๐</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก	ระดับความสำเร็จของการบริหาร ความเสี่ยง	ร้อยละ ๕	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐	
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก								
ระดับความสำเร็จของการบริหาร ความเสี่ยง	ร้อยละ ๕	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐								
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีผู้รับผิดชอบ/ คณะกรรมการ/ คณะทำงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ</li> <li>วิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบหรือสร้างความเสียหาย (ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน) หรือ ความล้มเหลว หรือลดโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปีของ หน่วยงาน</li> <li>จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปีของ หน่วยงาน ได้แล้วเสร็จ และจัดส่งมายังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขภายใน วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ โดยในแผนฯ ดังกล่าว ต้องมีการกำหนดมาตรการหรือแผนปฏิบัติการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากรของหน่วยงาน และการดำเนินการแก้ไขลดหรือป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น อย่างชัดเจน และผู้บริหารของหน่วยงานลงนามในแผนฯ ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘</li> </ol>												
<b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b> -												
<b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b> -												
<b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b> -												
<b>หลักฐานอ้างอิง :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>รายชื่อผู้รับผิดชอบ เรื่องการบริหารความเสี่ยง</li> <li>รายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยง</li> <li>แผนบริหารความเสี่ยง หรือการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติราชการประจำปีที่ได้รับ ความเห็นชอบจากผู้บริหารของหน่วยงานลงนามภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘</li> </ol>												

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน			
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ตัวชี้วัดที่ ๕ ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล					
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ๒. นางบุษบา บุศยพลากร รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ๓. นางณปภัช นฤคนธ์ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางนภาเพ็ญ จันใด ๒. นางพยอม มะลิทอง ๓. นางสาวพวงผกา มะเสนา ๔. นางสมหญิง นิกรวัฒน์				
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๒	<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๓				
<b>คำอธิบาย :</b> ระดับความสำเร็จในการดำเนินการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับหน่วยงาน สู่ระดับบุคคล หมายถึง การถ่ายทอดตัวชี้วัด (Cascading) และเป้าหมายจากระดับหน่วยงานสู่ระดับบุคคล โดยมีวิธีการ/กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากหน่วยงานสู่ระดับบุคคลอย่างเป็นระบบ และนำผลการประเมินของบุคลากรรายบุคคลไปใช้ประกอบการพิจารณาขึ้นเงินเดือน/ค่าจ้าง					
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b>					
<b>ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในอดีต</b> <b>ปีงบประมาณ พ.ศ.</b>			
		<b>๒๕๕๕</b> <b>๒๕๕๖</b> <b>๒๕๕๗</b>			
ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัด ของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล	ระดับ	-      ระดับ ๕      -			
<b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b> กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้					
<b>ระดับ</b> <b>คะแนน</b>	<b>ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)</b>				
	<b>ขั้นตอนที่ ๑</b>	<b>ขั้นตอนที่ ๒</b>	<b>ขั้นตอนที่ ๓</b>	<b>ขั้นตอนที่ ๔</b>	<b>ขั้นตอนที่ ๕</b>
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน		
<b>เงื่อนไข : รายละเอียดการดำเนินงาน</b>				
<b>ขั้นตอน</b>	<b>รายละเอียดการดำเนินงาน</b>			
๑	หน่วยงานจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) เพื่อแสดงให้เห็นถึงระบบในการถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล เพื่อผลักดันให้เกิดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์และเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้			
๒	- มีการสื่อสาร ทำความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบถึงกระบวนการในการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับหน่วยงานและบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามระบบการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง - การถ่ายทอดตัวชี้วัดจากหน่วยงานถึงระดับบุคคล ต้องมีความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา และมีความเป็นไปได้จริง			
๓	มีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ เพื่อเป็นการผูกมัด (Commitment) ต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด และมีความรับผิดชอบต่อผลสำเร็จตามข้อตกลง ซึ่งต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดและเป้าหมาย รวมถึงเกณฑ์การประเมินผลความสำเร็จที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม (KPI Template) เป็นรายบุคคล			
๔	มีระบบการติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน และประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดและเป้าหมายในแต่ละระดับตามข้อตกลง เพื่อติดตาม กำกับ ให้มีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย			
๕	หน่วยงานประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ตามข้อตกลงและประเมินสมรรถนะรายบุคคล ในรอบ ๖ เดือนแรก และรอบ ๖ เดือนหลัง และนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการพิจารณาปรับขึ้นเงินเดือน/ค่าจ้าง			
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>				
<b>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</b>	<b>น้ำหนัก (ร้อยละ)</b>	<b>ผลการดำเนินงาน</b>	<b>ค่าคะแนนที่ได้</b>	<b>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</b>
ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล	ร้อยละ ๕	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b>				
๑. หน่วยงานจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) เพื่อแสดงให้เห็นถึงระบบในการถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล เพื่อผลักดันให้เกิดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์และเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้ ๒. มีการสื่อสาร ทำความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบถึงกระบวนการในการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับหน่วยงานและบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามระบบการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง ๓. การถ่ายทอดตัวชี้วัดจากหน่วยงานถึงระดับบุคคล ต้องมีความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา และมีความเป็นไปได้จริง				

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<p>๔. มีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ เพื่อเป็นการผูกมัด (Commitment) ต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด และมีความรับผิดชอบต่อผลสำเร็จตามข้อตกลง ซึ่งต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดและเป้าหมาย รวมถึงเกณฑ์การประเมินผลความสำเร็จที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม (KPI Template) เป็นรายบุคคล</p>	
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ระดับผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ได้แก่ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และระดับสำนักบริหารการสาธารณสุข ถ่ายทอดสู่ระดับกลุ่มงาน/ฝ่าย และระดับรายบุคคล</li> <li>๒. ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ให้การสนับสนุนจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการประเมินผลยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดทุกระดับของสำนักบริหารการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๒๙ - ๓๐ มกราคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ อาคาร ๑ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>	
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>ในการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล ต้องให้ความรู้ด้านการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลกับบุคลากรทุกคนในองค์กร ซึ่งอาจจะไม่บรรลุเป้าหมาย ๑๐๐% เนื่องจากบุคลากรติดราชการและติดประชุม (ตามภารกิจเร่งด่วนตามนโยบาย)</p>	
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b></p> <p>ในช่วงปีงบประมาณต่อไป ควรจัดประชุมเพิ่มเติมในการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคล สำหรับกลุ่มงาน/ฝ่าย (ทุกกลุ่มงาน) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรในการปฏิบัติงาน</p>	
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. แผนที่ยุทธศาสตร์สำนักบริหารการสาธารณสุข</li> <li>๒. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการประเมินผลยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดทุกระดับของสำนักบริหารการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๒๙ - ๓๐ มกราคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ อาคาร ๑ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>๓. เอกสารลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักบริหารการสาธารณสุข</li> <li>๔. เอกสารตามแบบฟอร์ม ๑ : แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน</li> <li>๕. เอกสารตามแบบฟอร์ม ๒ : แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติราชการหรือสมรรถนะ</li> </ol>	

# มติภายใน การพัฒนาองค์กร

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน															
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ตัวชี้วัดที่ ๖ ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการจัดการความรู้ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข																	
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลการ ๓. นางณปภัช นฤคนธ์		<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางศรีมาลา ตุงคะเตชะ ๒. นางสมใจ ยิ้มวิไล ๓. นางณัฐกาญจน์ ศรีสำอางค์ ๔. นางหทัยรัตน์ เศรษฐวนิช ๕. นางสาวศศิณิภา รินสabay															
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๑		<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๕๘															
<b>คำอธิบาย :</b> การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ส่วนราชการมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ และสามารถนำความรู้ที่ได้ดำเนินการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น เพื่อให้การจัดการความรู้ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้จริง ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความประสงค์จะดำเนินการจัดการความรู้ในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย ๑ องค์ความรู้ และกำหนดให้ทุกหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินการจัดการความรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ ๗ ขั้นตอน โดยได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในรอบคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงาน เกณฑ์การให้คะแนน วัดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการเข้าร่วมประชุม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทุกหน่วยงานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง																	
<b>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๕</th> <th>๒๕๕๖</th> <th>๒๕๕๗</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td>ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>					ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗													
ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	-													

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน																																										
<b>เกณฑ์การให้คะแนน :</b> กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจาก ความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">ระดับ คะแนน</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๑</th> <th style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๒</th> <th style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๓</th> <th style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๔</th> <th style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๕</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๑</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๒</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๔</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๕</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> </table>	ระดับ คะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)						ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	๑	✓					๒	✓	✓				๓	✓	✓	✓			๔	✓	✓	✓	✓		๕	✓	✓	✓	✓	✓	
ระดับ คะแนน	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone)																																										
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕																																						
๑	✓																																										
๒	✓	✓																																									
๓	✓	✓	✓																																								
๔	✓	✓	✓	✓																																							
๕	✓	✓	✓	✓	✓																																						
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="width: 10%;">น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th style="width: 15%;">ผลการ ดำเนินงาน</th> <th style="width: 15%;">ค่าคะแนนที่ได้</th> <th style="width: 20%;">ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td> <td style="text-align: center;">๓</td> <td style="text-align: center;">ขั้นตอนที่ ๒</td> <td style="text-align: center;">๒.๐๐๐๐</td> <td style="text-align: center;">๐.๐๖๐๐</td> </tr> </table>		ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก	ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๓	ขั้นตอนที่ ๒	๒.๐๐๐๐	๐.๐๖๐๐																																
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก																																							
ระดับความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานในการจัดการความรู้ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๓	ขั้นตอนที่ ๒	๒.๐๐๐๐	๐.๐๖๐๐																																							
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b> ๑. คณะทำงานการจัดการความรู้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่ง สป. ที่ ๕๖๔/๒๕๕๗ (KM Team สป.) เข้าร่วมประชุมเพื่อร่วมวิเคราะห์ห้องค์ความรู้ตามภารกิจหลักหรือภารกิจสนับสนุนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคัดเลือกองค์ความรู้ที่สำคัญที่เป็นความรู้กลาง นำมาจัดการองค์ความรู้ใหม่ในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข องค์ความรู้กลางที่เลือกคือ เรื่อง เทคนิคการจัดประชุม ๒. หน่วยงานส่งรายชื่อผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์อย่างกว้างขวางในเรื่องเฉพาะกิจที่ (KM Team สป.) ได้คัดเลือกองค์ความรู้กลางแล้ว คือ นางณัฐกาญจน์ ศรีสำอังก์ ให้สำนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อจัดทำคำสั่งคณะกรรมการจัดการความรู้เฉพาะกิจของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘																																											
<b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b> -																																											
<b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b> -																																											
<b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b> -																																											

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<b>หลักฐานอ้างอิง :</b> -หนังสือ ที่ สธ. ๐๒๑๐/ว ๑๘ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๘ เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะทำงานการจัดการความรู้ (KM Team) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข -หนังสือ ที่ สธ. ๐๒๑๐/๖๘ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๘ เรื่อง ขอส่งรายงานการประชุมและขอรายชื่อคณะทำงานเฉพาะกิจ -หนังสือ ที่ สธ. ๐๒๒๘.๐๒.๓/๓๓๖ ลงวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๘ เรื่อง ส่งรายชื่อคณะทำงานเฉพาะกิจ	



รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน		
ชื่อตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ๒. นางบุษบา บุศยพลากร ๓. นางณปภัช นฤคนธ์	ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑. นางศรีมาลา ตุงคะเตชะ ๒. นางสมใจ ยิ้มวิไล ๓. นางหทัยรัตน์ เศรษฐฐานิช			
โทรศัพท์: ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๕๕	โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๓			
คำอธิบาย : <ul style="list-style-type: none"><li>● แผนพัฒนาบุคลากร หมายถึง แนวทาง กระบวนการที่หน่วยงานได้จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบในการดำเนินการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ โดยการสำรวจความจำเป็นและความต้องการภายใต้ปัญหา นโยบาย และเป้าหมายขององค์กร ผ่านการวิเคราะห์เพื่อหา Gap เพื่อนำไปจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน</li><li>● บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างเหมาบริการ ที่ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน (รวมผู้มาช่วยราชการ)</li><li>● หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)</li><li>● ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานสามารถพัฒนาบุคลากรได้ตามเป้าหมายของแผนพัฒนาหน่วยงาน โดยคิดเป็นร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผนฯ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ๕ ระดับ</li></ul>				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :				
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต พ.ศ.		
		๒๕๕๕      ๒๕๕๖      ๒๕๕๗		
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน	ระดับความสำเร็จ	-                      -                      -		
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
สูตรการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนบุคลากรตามเป้าหมายของแผน}}$ $= \frac{๒๑๗ \times ๑๐๐}{๒๖๗}$ $= ๘๑.๒๗$				

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>	<input checked="checked" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน										
<b>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</b>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="padding: 5px;">น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th style="padding: 5px;">ผลการ ดำเนินงาน</th> <th style="padding: 5px;">ค่าคะแนนที่ได้</th> <th style="padding: 5px;">ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๓</td> <td style="padding: 5px;">ร้อยละ ๘๑.๒๗</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๕.๐๐๐๐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">๐.๑๕๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน	๓	ร้อยละ ๘๑.๒๗	๕.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐	
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก							
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน	๓	ร้อยละ ๘๑.๒๗	๕.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐							
<b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีการชี้แจงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของสำนักบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘</li> <li>๒. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาบุคลากร ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๖- พ.ศ. ๒๕๕๘) ของหน่วยงาน</li> <li>๓. หน่วยงานดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากร</li> </ol>											
<b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b>											
<b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b>											
<b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b>											
<b>หลักฐานอ้างอิง :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. คำสั่ง สำนักบริหารการสาธารณสุข ที่ ๓๒ /๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของสำนักบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘</li> <li>๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของสำนักบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘</li> <li>๓. แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ๓ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – พ.ศ. ๒๕๕๘)</li> <li>๔. แผนพัฒนาบุคลากร สำนักบริหารการสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๘</li> </ol>											

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input checked="checked" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
๕. แนวทางการประเมิน		
ขั้นตอน	กิจกรรม	หลักฐาน/ประกอบการดำเนินการ
๑	<u>แต่งตั้งคณะกรรมการฯ และประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแผนการดำเนินการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน</u>	- เอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ- เอกสารสรุปการประชุมฯคณะกรรมการฯ
๒	- รวบรวม <u>แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP)</u> และวิเคราะห์หา Core Competency ของบุคลากรหน่วยงาน / Functional Competency ของกลุ่มงาน / ฝ่าย และสมรรถนะรายบุคคล (IDP) - กรณีที่หน่วยงานมีแผนพัฒนาบุคลากร ๓ ปี สามารถใช้แผนพัฒนาบุคลากร ๓ ปี ของหน่วยงาน	- เอกสาร ข้อมูลความต้องการการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน (IDP) - เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ (Core Competency ของบุคลากร หน่วยงาน / Functional Competency ของกลุ่มงาน / ฝ่าย และสมรรถนะรายบุคคล (IDP) - แผนพัฒนาบุคลากร ๓ ปี ของหน่วยงาน
๓	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน	- แผนพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน
๔	ดำเนินการพัฒนาบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากร	- แผนปฏิบัติการฯ (Action Plan)
๕	ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาฯ	- เอกสารสรุปผลการพัฒนาและข้อเสนอแนะ

<b>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ</b> <b>(รายตัวชี้วัด)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน
<b>ชื่อตัวชี้วัด :</b> ตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับความสำเร็จของการจัดซื้อวัสดุรวม (กระดาษ A๔) ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)		
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</b> ๑. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ๒. นางบุษบา บุษยผลากร รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ๓. นางณปภัช นฤคนธ์ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</b> ๑. นางวลัยพร แก้วแดง ๒. นางกัญจน์ณัฐ สัจจนา	
<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๖	<b>โทรศัพท์ :</b> ๐ ๒๕๕๐ ๑๗๖๔	
<b>คำอธิบาย :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>สืบเนื่องจากนโยบายการกำกับดูแลองค์การที่ดีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดนโยบายหลักด้านองค์การที่มุ่งเน้นให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรธรรมาภิบาล โดยกำหนดให้หน่วยงานดำเนินการตามมาตรการ การจัดซื้อจัดจ้าง อย่างโปร่งใส ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม</li> <li>ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ จึงกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ส่วนกลาง) จัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุรวม(กระดาษ A๔) ส่งให้กลุ่มคลังและพัสดุรวบรวมเป็นภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗</li> <li>การจัดซื้อรวม ความหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กลุ่มคลังและพัสดุเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อกระดาษ A๔ ในภาพรวมให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ส่วนกลาง) โดยจัดซื้อในคราวเดียวกัน งบประมาณในการจัดซื้อรวมเบิกจ่ายจากงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน จากเดิมที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ส่วนกลาง) จัดซื้อกระดาษ A๔ โดยวิธีต่างๆตามวงเงินที่แต่ละหน่วยงานได้รับจัดสรรงบประมาณ</li> </ul>		

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน		
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :				
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘			
๑	หน่วยงานกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุ(กระดาษA๔) ของหน่วยงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘			
๑	หน่วยงานจัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุ (กระดาษA๔) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามแบบฟอร์ม ส่งให้กลุ่มคลังและพัสดุ ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗ (ตามแบบฟอร์มในภาคผนวก)			
๑	หน่วยงานตรวจรับกระดาษ A๔ ที่กลุ่มคลังและพัสดุจัดซื้อและบริหารจัดการให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุที่เกี่ยวข้อง			
๑	หน่วยงานจัดทำรายงานเปรียบเทียบการจัดซื้อกระดาษA๔ แสดงจำนวนปริมาณ ราคา จำนวนเงินและวิธีการจัดซื้อในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ที่จัดซื้อเองเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ที่กลุ่มคลังและพัสดุเป็นผู้จัดซื้อรวม ส่งให้กลุ่มคลังและพัสดุ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘			
๑	จากข้อ ๔ หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอให้ผู้บริหารของหน่วยงานรับทราบ			
เกณฑ์การให้คะแนน :				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
หน่วยงานกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนจัดซื้อวัสดุ(กระดาษA๔) ของ หน่วยงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘	หน่วยงานจัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุ(กระดาษA๔) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามแบบฟอร์ม ส่งให้กลุ่มคลังและพัสดุ ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗ (ตามแบบฟอร์มในภาคผนวก)	หน่วยงานตรวจรับกระดาษ A๔ ที่กลุ่มคลังและพัสดุจัดซื้อและบริหารจัดการให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานจัดทำรายงานเปรียบเทียบการจัดซื้อกระดาษA๔ แสดงจำนวนปริมาณ ราคา จำนวนเงินและวิธีการจัดซื้อในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ที่จัดซื้อเองเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ที่กลุ่มคลังและพัสดุเป็นผู้จัดซื้อรวม ส่งให้กลุ่มคลังและพัสดุ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘	จากข้อ ๔ หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานเสนอให้ผู้บริหารของหน่วยงานรับทราบ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)			<input checked="" type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน	
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนน ที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วง น้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการจัดซื้อ วัสดุรวม (กระดาษ A๔) ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)	๔	ขั้นตอนที่ ๓	๓.๐๐๐๐	๐.๑๒๐๐
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :				
- จัดซื้อกระดาษ A๔ ภาพรวม โดยกลุ่มคลังและพัสดุ สป เป็นผู้จัดซื้อ				
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :				
- การจัดซื้อกระดาษ A๔ ภาพรวม				
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :				
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :				
หลักฐานอ้างอิง :				

## ภาคผนวก

**แบบฟอร์ม**  
**รายงานผลการปฏิบัติราชการ**  
**สำหรับตัวชี้วัด**  
**รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน**



แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน		
ชื่อตัวชี้วัด :				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :		ผู้จัดเก็บข้อมูล :		
โทรศัพท์ :		โทรศัพท์มือถือ :		
คำอธิบาย :				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ..... ..... .....				
เกณฑ์การให้คะแนน :				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :				
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :				
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :				
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :				
หลักฐานอ้างอิง :				

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) <input type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน				
ชื่อตัวชี้วัด :				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :			ผู้จัดเก็บข้อมูล :	
โทรศัพท์ :			โทรศัพท์มือถือ :	
คำอธิบาย :				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :				
คำอธิบาย				
๑.				
๒.				
เกณฑ์การให้คะแนน :				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :				
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :				
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :				
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :				
หลักฐานอ้างอิง :				

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นขั้นตอนดำเนินงาน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> รอบ ๖ เดือน  <input type="checkbox"/> รอบ ๑๒ เดือน         </div>				
ชื่อตัวชี้วัด :				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :			ผู้จัดเก็บข้อมูล :	
โทรศัพท์:			โทรศัพท์มือถือ :	
คำอธิบาย :				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :				
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘			
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
เกณฑ์การให้คะแนน :				
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :				
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :				
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :				
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :				
หลักฐานอ้างอิง :				