รายงานผลการปฏิบัติราชการ

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

กองบริหารการสาธารณสุข

รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์
กองบริหารการสาธารณสุข

รายงานผลการปฏิบัติราชการ

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
กองบริหารการสาธารณสุข
รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์
กองบริหารการสาธารณสุข

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กองบริหารการสาธารณสุข รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)

ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์ธีรพงศ์	ตุนาค	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
๒. นางณปภัช	นฤคนธ์	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข และปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์

ผู้ดำเนินการจัดทำ

๑. ดร.พวงผกา	มะเสนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๒. นางสาวนริสรา	อ้วนดวงดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๓. นางสาวญาณิศา	ดีไพบูลย์	นักวิชาการ

ผู้จัดพิมพ์และเรียบเรียงเอกสาร

๑. ดร.พวงผกา	มะเสนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๒. นางสาวนริสรา	อ้วนดวงดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

คำนำ

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

ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กองบริหารการสาธารณสุข ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งงานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์ ได้ติดตาม รวบรวมและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติราชการในรอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑) เสร็จเรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารของกองบริหารการสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการและถ่ายทอดนโยบายและตัวชี้วัดสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งมีส่วนส่งเสริม สนับสนุน และขอขอบคุณผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ผู้จัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด บุคลากรผู้ปฏิบัติงานของกองบริหารการสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานมา ณ โอกาสนี้

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์
มีนาคม ๒๕๖๑

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		**ก**
สารบัญ		**ข**
เอกสารประกอบ ๑ : คำรับรองการปฏิบัติราชการของกองบริหารสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑		**๑**
เอกสารประกอบ ๒ : วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ กองบริหารการสาธารณสุข		**๔**
เอกสารประกอบ ๓ : แผนที่ยุทธศาสตร์ กองบริหารการสาธารณสุข		**๖**
เอกสารประกอบ ๕ : ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กองบริหารการสาธารณสุข รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)		**๘**
รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)		**๑๑**
มิติภายนอก : การประเมินผลประสิทธิผล		**๑๒**
ตัวชี้วัดที่ ๑	ตัวชี้วัดภารกิจหลักของกระทรวง/สำนักงานปลัดกระทรวง และภารกิจหลักหน่วยงาน	**๑๓**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑	ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามภารกิจหลัก/แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน หรืองานประจำตามหน้าที่ตามปกติ (Function Based)	**๑๓**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑	ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	**๑๓**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑.๑	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	**๑๓**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑.๒	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	**๑๖**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	**๑๙**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒.๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑	**๑๙**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒.๒	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒	**๒๓**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๓	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	**๒๗**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๔	ระดับความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	**๓๐**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๒.๑	ระดับความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	**๓๓**

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑.๓.๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	**๓๖**
มิติภายนอก : การประเมินคุณภาพ		**๓๙**
ตัวชี้วัดที่ ๒	ระดับความสำเร็จของการนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	**๔๐**
มิติภายใน : การประเมินประสิทธิภาพ		**๔๗**
ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	**๔๘**
ตัวชี้วัดที่ ๔	ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคลและนำผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ไปใช้ในการขึ้นเงินเดือน	**๕๐**
มิติภายใน : การประเมินการพัฒนาองค์การ		**๕๔**
ตัวชี้วัดที่ ๕	ระดับความสำเร็จในการจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณของหน่วยงาน	**๕๕**
ตัวชี้วัดที่ ๖	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม	**๖๐**
ภาคผนวก		**๖๕**
คำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๕๑/๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑		**๖๖**
แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน		**๗๐**

เอกสารประกอบ ๑

คำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของกองบริหารการสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

คำรับรองการปฏิบัติราชการ
กองบริหารการสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๑. คำรับรองระหว่าง

นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับคำรับรอง

และ

นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองสองฝ่าย เป็นสัญญาร่วมกันและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้บังคับบัญชาของนายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติราชการของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรอบการประเมินผลตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผล การปฏิบัติราชการของนายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุดเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรองได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องต้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....	.....
(นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ)	(นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

.....

(นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

30 พ.ย. 2560

เอกสารประกอบ ๒

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์

กองบริหารการสาธารณสุข

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ กองบริหารการสาธารณสุข

วิสัยทัศน์

"เป็นองค์กรหลักที่มีความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน"

พันธกิจ

๑) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการเฉพาะ เช่น ยาเสพติด, นิติเวช, แรงงานต่างด้าวและค้ามนุษย์, ความรุนแรงในเด็กและสตรี เป็นต้น และระบบสนับสนุนบริการ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เป็นต้น

๒) ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการเฉพาะ และระบบสนับสนุนบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๓) พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรฐานของระบบบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสุขภาพของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในสังกัดที่เกี่ยวข้อง

๔) ส่งเสริม พัฒนารูปแบบ กลไก และเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสุขภาพให้ทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์

๕) ส่งเสริมและประสานความร่วมมือด้านการจัดระบบบริการสุขภาพกับหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการบริการหรือหน่วยบริการสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่น เอกชน และกรุงเทพมหานคร

๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ประเด็นยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ขับเคลื่อนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : เร่งรัดกลไกและบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : มุ่งเน้นพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง

เอกสารประกอบ ๓

แผนที่ยุทธศาสตร์
กองบริหารการสาธารณสุข

แผนที่ยุทธศาสตร์ กองบริหารการสาธารณสุข

เป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุข : ข้อ 5 ประชาชนทุกคนในเขตบริการสุขภาพได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทุกระดับและเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย

29 เม.ย.58

ประเด็นยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อ 2.การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาเฉพาะของ

วิสัยทัศน์สำนักบริหารการสาธารณสุข : เป็นองค์กรหลักที่มีความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์สำนักบริหารการสาธารณสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างกลไกและขับเคลื่อน การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 เร่งรัดกลไก และบูรณาการ การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ

ด้านประสิทธิผล

E1 นโยบายด้านระบบบริการสุขภาพได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

E2 เพิ่มคุณภาพการให้บริการ ของสถานบริการสุขภาพ

E 3 ประสานและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย การจัดระบบบริการสุขภาพ

ด้านคุณภาพ

C1 หน่วยบริหารสาธารณสุขและหน่วยบริการสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน

C2 เพิ่มความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายด้านบริการสุขภาพ

ผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	เขตสุขภาพ	หน่วยบริหารสาธารณสุข	หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ	เครือข่ายบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน
ความต้องการ	ได้รับการส่งเสริมพัฒนา สนับสนุนพัฒนาคุณภาพบริการ - สนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสมและเป็น			ประสานและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือด้านบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ

ด้านประสิทธิภาพ

P1 บริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพ

P2 มีกลไกในการบูรณาการหน่วยบริหารสาธารณสุข/หน่วยบริการสุขภาพ/ เครือข่ายบริการฯ

P3 พัฒนาเทคโนโลยีในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ

ด้านพัฒนาองค์กร

L1 เพิ่มศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะ สอดคล้องกับการสร้างผลผลิต

L2 มีการบูรณาการข้อมูล สารสนเทศที่เป็นระบบ

L3 สร้างวัฒนธรรมการ ทำงานแบบมีส่วนร่วม

L4 เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ ภายในองค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 มุ่งเน้นพัฒนา องค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง

เอกสารประกอบ ๕

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง
การปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
ของกองบริหารการสาธารณสุข
รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กองบริหารการสาธารณสุข	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
			๑	๒	๓	๔	๕	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
<u>มิติภายนอก</u> (น้ำหนักร้อยละ ๗๕)										
การประเมินประสิทธิผล (น้ำหนักร้อยละ ๖๕)										
๑. ตัวชี้วัดภารกิจหลักของกระทรวง/สำนักงานปลัดกระทรวง และภารกิจหลักหน่วยงาน										
๑.๑ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามภารกิจหลัก/แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน หรืองานประจำตามหน้าที่ตามปกติ (Function Based)										
๑.๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ	**๑๕**								
๑.๑.๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ	๘	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๙๗.๔๑	๕.๐๐๐๐	๐.๔๐๐๐
๑.๑.๑.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ	๗	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๘๓.๔๒	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐
๑.๑.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	**๑๐**								
๑.๑.๒.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑	ร้อยละ	๕	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๑.๒๕	๕.๐๐๐๐	๐.๒๕๐๐
๑.๑.๒.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒	ร้อยละ	๕	<๒.๕	๒.๕	๕	๗.๕	๑๐	๒.๕๗	๒.๐๒๘๐	๐.๑๐๑๔
๑.๑.๓ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	ร้อยละ	๑๐	๖	๘	๑๐	๑๒	๑๔	๒๙.๒๖	๕.๐๐๐	๐.๕๐๐๐
๑.๑.๔ ระดับความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ระดับ	๑๐	๑	-	๒	-	๓	๓	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐
๑.๒ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตามนโยบายสำคัญเร่งด่วนหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายเป็นพิเศษ (Agenda Based)										
๑.๒.๑ ระดับความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ระดับ	๑๐	๑	-	๒	-	๓	๓	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กองบริหารการสาธารณสุข								☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน		
ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	**หน่วยวัด**	**น้ำหนัก (ร้อยละ)**	**เกณฑ์การให้คะแนน**					**ผลการดำเนินงาน**		
			๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**	**ผลการดำเนินงาน**	**ค่าคะแนนที่ได้**	**คะแนนถ่วงน้ำหนัก**
๑.๓ ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานตามภารกิจพื้นที่										
๑.๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	ร้อยละ	๑๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๙๒.๗๖	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐
การประเมินคุณภาพ (น้ำหนักร้อยละ ๑๐)										
๒. ระดับความสำเร็จของการนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนัก งานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	ระดับ	๑๐	๑	-	๒	-	๓	๓	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐
<u>มิติภายใน</u> (น้ำหนักร้อยละ ๒๕)										
ประเมินประสิทธิภาพ (น้ำหนักร้อยละ ๑๓)										
๓. ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	ร้อยละ	๖	๔๔	๔๖	๔๘	๕๐	๕๒	๕๕.๔๖	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
๔. ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคลและนำผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ไปใช้ในการขึ้นเงินเดือน	ระดับ	๗	๑	-	๒	-	๓	๓	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐
ประเมินการพัฒนาองค์การ (น้ำหนักร้อยละ ๑๒)										
๕. ระดับความสำเร็จในการจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณของหน่วยงาน	ระดับ	๖	๑	-	๒	-	๓	๓	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
๖. ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม	ระดับ	๖	๑	-	๒	-	๓	๓	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐
รวมน้ำหนัก		**๑๐๐**	**ค่าคะแนนที่ได้**							**๔.๘๕๑๔**

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง
การปฏิบัติราชการของกองบริหารการสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)

มิติภายนอก
การประเมินประสิทธิผล

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๒. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ ๓. นางสาวศิวพร บุญเสก
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๘	**โทรศัพท์มือถือ :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๐๘ ๙๘๒๙ ๖๒๕๔ ๒. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ ๐๘ ๙๔๗๘ ๔๓๓๒ ๓. นางสาวศิวพร บุญเสก ๐๙ ๕๖๐๙ ๙๘๖๙

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ เขตบริการสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๑๑๖ แห่ง

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้

- HA ขั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจ และป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

- 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

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น ๓ หรือ Re-Accreditation โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

๑. โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการขอรับรองแล้ว และมีผลการรับรอง คือ ขั้น ๓

๒. โรงพยาบาลที่ผ่าน HA ขั้น ๓ แล้ว ขอประเมินซ้ำ เนื่องจากการรับรองหมดอายุ

๓. โรงพยาบาลที่ใบรับรองจะหมดอายุ แต่อยู่ในกระบวนการพัฒนาตามขั้นตอนของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ให้ถือว่าอายุการรับรองยังไม่สิ้นสุด (โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการต่ออายุ)

โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการรับรอง HA เงื่อนไขดังนี้

๑. โรงพยาบาลยังไม่เข้าสู่กระบวนการขอรับรอง หรือ ขั้น ๐

๒. โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการขอรับรองแล้ว และมีผลการรับรอง คือ ขั้น ๑

๓. โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการขอรับรองแล้ว และมีผลการรับรอง คือ ขั้น ๒

๔. โรงพยาบาลที่ผลการรับรองหมดอายุ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ **คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๑**

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ + โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ แล้วขอประเมินซ้ำเมื่อหมดอายุ + โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างต่ออายุ}{\text{จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด ๑๑๖ แห่ง}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๑๑๓}{๑๑๖} \times ๑๐๐ = \text{ร้อยละ } ๙๗.๔๑$$

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	-	๙๘.๒๘	๙๘.๒๘

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๔๐	**๑**
๒	๔๕	**๒**
๓	๕๐	**๓**
๔	๕๕	**๔**
๕	๖๐	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๘	๙๗.๔๑	๕.๐๐๐๐	๐.๔๐๐๐

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานประจำเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๒. ประชุมทีมผู้ตรวจประเมินคุณภาพ/ทีมพี่เลี้ยงระดับเขต วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมมารวย การ์เด้น กรุงเทพมหานคร
๔. จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๒. มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาล ในระดับ กรม เขตสุขภาพ จังหวัด
๓. มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ
๔. มีเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network : QLN)
๕. มีศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center : HACC)
๖. การสนับสนุนจาก สรพ. ผ่านกิจกรรมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

งบประมาณในการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

การสร้างทีมผู้ประสานที่มีคุณภาพและจำนวนที่เพียงพอ

หลักฐานอ้างอิง :

๑. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๓๔/๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๒. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๗๘๑/๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย
๓. รายงานการประชุมทีมผู้ตรวจประเมินคุณภาพ/ทีมพี่เลี้ยงระดับเขต
๔. รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๕. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๖. ผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๑.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๒. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ ๓. นางสาวศิวพร บุญเสก
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๓๘	**โทรศัพท์มือถือ :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๐๘ ๙๘๒๙ ๖๒๕๔ ๒. นางจิตติมา ศรศุกลรัตน์ ๐๘ ๙๔๗๘ ๔๓๓๒ ๓. นางสาวศิวพร บุญเสก ๐๙ ๕๖๐๙ ๙๘๖๙

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ เขตบริการสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๑๑๖ แห่ง

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้

- HA ขั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจ และป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

- 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

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น ๓ หรือ Re-Accreditation โดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการขอรับรองแล้ว และมีผลการรับรอง คือ ขั้น ๓

๒. โรงพยาบาลที่ผ่าน HA ขั้น ๓ แล้ว ขอประเมินซ้ำ เนื่องจากการรับรองหมดอายุ

๓. โรงพยาบาลที่ใบรับรองจะหมดอายุ แต่อยู่ในกระบวนการพัฒนาตามขั้นตอนของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ให้ถือว่าอายุการรับรองยังไม่สิ้นสุด (โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการต่ออายุ)

โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการรับรอง HA เงื่อนไขดังนี้

๑. โรงพยาบาลยังไม่เข้าสู่กระบวนการขอรับรอง หรือ ขั้น ๐

๒. โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการขอรับรองแล้ว และมีผลการรับรอง คือ ขั้น ๑

๓. โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการขอรับรองแล้ว และมีผลการรับรอง คือ ขั้น ๒

๔. โรงพยาบาลที่ผลการรับรองหมดอายุ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ **คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๔๒**

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ + โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ แล้วขอประเมินซ้ำเมื่อหมดอายุ + โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างต่ออายุ}}{\text{จำนวนโรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมด ๗๓๐ แห่ง}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๖๐๙}{๗๓๐} \times ๑๐๐ = \text{ร้อยละ } ๘๓.๔๒$$

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๖๙.๔๐	๖๙.๔๙	๖๒.๓๑

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๒๐	**๑**
๒	๓๐	**๒**
๓	๔๐	**๓**
๔	๕๐	**๔**
๕	๖๐	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๗	๘๓.๔๒	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานประจำเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๒. ประชุมทีมผู้ตรวจประเมินคุณภาพ/ทีมพี่เลี้ยงระดับเขต วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมมารวย การ์เด้น กรุงเทพมหานคร
๔. จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๒. มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาล ในระดับ กรม เขตสุขภาพ จังหวัด
๓. มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ
๔. มีเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network : QLN)
๕. มีศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center : HACC)
๖. การสนับสนุนจาก สรพ. ผ่านกิจกรรมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

งบประมาณในการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

การสร้างทีมผู้ประสานที่มีคุณภาพและจำนวนที่เพียงพอ

หลักฐานอ้างอิง :

๑. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๓๔/๒๕๖๐ เรื่องแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๒. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๗๘๑/๒๕๖๐ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย
๓. รายงานการประชุมทีมผู้ตรวจประเมินคุณภาพ/ทีมพี่เลี้ยงระดับเขต
๔. รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๕. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๖. ผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. เภสัชกรหญิงพรพิมล จันทร์คุณาภาส ๒. เภสัชกรหญิงนุชน้อย ประภาโส ๓. เภสัชกรหญิงไพรำ บุญญะฤทธิ์
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑	**โทรศัพท์มือถือ :** เภสัชกรหญิงไพรำ บุญญะฤทธิ์๐๙ ๒๓๙๕ ๓๒๘๙

คำอธิบาย :

โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๘๙๖ แห่ง

โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU ๑ และ RDU ๒

- RDU ๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย

- RDU ๒ หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย

โดยระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับ คือ RDU ขั้นที่ ๑ RDU ขั้นที่ ๒ และ RDU ขั้นที่ ๓

โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ (RDU ขั้นที่ ๑) หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไข ดังนี้

RDU ๑ (รพ.)	RDU ๒ (รพ.สต.ในเครือข่ายอำเภอ)
๑. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	**จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐** ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง ๒ โรค

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ **คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๒๕**

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑}}{\text{จำนวนโรงพยาบาล ทั้งหมด ๘๙๖ แห่ง}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๖๑๔}{๘๙๔} \times ๑๐๐ = \text{ร้อยละ } ๙๗.๔๑$$

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑	-	-	๖๑.๔๙

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๒๐	**๑**
๒	๓๐	**๒**
๓	๔๐	**๓**
๔	๕๐	**๔**
๕	๖๐	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนน ที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของโรงพยาบาล ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑	๕	๗๑.๒๕	๕.๐๐๐๐	๐.๒๕๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากการรายงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาส ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. เป็นนโยบายระดับกระทรวงและผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญ
๒. ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ
๓. มีข้อมูลทางวิชาการและสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๔. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดการข้อมูล
๕. มีมาตรการและแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพสำหรับโรงพยาบาล
๖. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักในการสั่งจ่ายยาของบุคลากรทางการแพทย์และการให้ความรู้ในการใช้ยาของประชาชนโดยระดมความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งการดำเนินงานในชุมชนโดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น
๗. การกำหนดนโยบายการกำกับติดตาม แนวทางการส่งเสริม RDU ของคณะกรรมการ Service Plan
๘. นวัตกรรม เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายมีการจัดทำฉลากยาเสริม ๑๓ กลุ่ม โดยสามารถพิมพ์ออกมาพร้อมกับฉลากยาได้โดยใช้โปรแกรม HosXP ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามต้องการ เป็นต้น

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๒. แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความกังวลในการรักษาตามแนวทางที่กำหนดและการฟ้องร้องรวมทั้งขาดความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน
๓. การแปรผลของ HDC เป็นไม่ผ่านตัวชี้วัดเมื่อไม่มีผู้ป่วยมารักษา
๔. ข้อมูลสารสนเทศของส่วนกลาง (HDC) เป็นข้อมูลแบบสะสม ไม่ได้แยกเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาสอีกทั้งยังคงมีความคลาดเคลื่อนในการประมวลผล
๕. ความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม จากการลง ICD-๑๐ ไม่ตรงตามการวินิจฉัยของแพทย์ (ฐานข้อมูล HDC – code ICD๑๐ ไม่สามารถจำแนกโรคและอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดได้ทำให้การคำนวณไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง)
๖. การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมาย ๒ กลุ่มโรคใน รพ.สต. นั้น พบว่า ประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Acute diarrhea ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ถ้าไม่ให้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางการรักษาแล้วนัดมาตรวจดูอาการ อาจจะไม่ได้รับความร่วมมือ ในบางพื้นที่มีผู้ป่วยที่เป็นชนเผ่าชาติพันธุ์ซึ่งมีปัญหาเรื่องสุขอนามัย ผู้ให้การรักษาจึงตัดสินใจให้ยาปฏิชีวนะในโรคดังกล่าวไม่เพียงกี่รายก็ทำให้การดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ โดยหากมีการใช้ยา ATB จะทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เช่น มีผู้ป่วย ๒ ราย มีการใช้ ATB ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนดทำให้ตกตัวชี้วัดนั้นๆ เป็นต้น
๗. ตัวชี้วัดที่ใช้ค่า eGRF ไม่ได้ระบุระยะเวลาย้อนหลังว่าให้ใช้ค่าไต่กี่เดือน (ควรใช้ไม่เกิน ๖ เดือน)
๘. ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม NSAIDS ซ้ำซ้อน คำนิยามไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถนับจำนวนข้อมูลได้ถูกต้อง
๙. ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ PCT ไม่อยู่ใน Service plan รายสาขาทำให้ขาดผู้มีอำนาจในการกำกับติดตาม
๑๐. โปรแกรมที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล
๑๑. ข้อมูลใน HDC ไม่เอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ของ RDU เช่น ความซ้ำซ้อนของผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนกับโรคพยาบาลมหาราชนครราชสีมาไม่มีข้อมูลอัตราการใช้ยา ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง การส่ง Blood culture ก่อนให้ยา ATB

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

๑. ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ที่เข้าถึงง่าย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเตอร์เน็ต ไลน์ แอพพลิเคชั่น และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้และตื่นตัว

๒. ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละตัวชี้วัดตามเกณฑ์เป้าหมาย

๓. การเพิ่มช่องทางในการสร้างความตระหนักให้บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้เห็นความสำคัญและให้เกิดความร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกัน

๔. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประมวลผลข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ

๕. ควรพัฒนาระบบ HDC ให้มีข้อมูลครบทั้ง ๒๐ ตัวชี้วัด และสามารถดูรายงานข้อมูลย้อนหลังแยกเป็นรายเดือนได้

๖. ควรมีโปรแกรมเก็บตัวชี้วัด RDU-AMR จากส่วนกลาง และทางโรงพยาบาลสามารถดึงข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทันท่วงที

๗. ระบบ HDC ควรมีช่องทางในการสะท้อนกลับเพื่อแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งเสนอข้อเสนอแนะ

๘. ควรพัฒนาการสรุปรายงานจากระบบ HDC ให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

๙. ควรมีการทบทวนการดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล HosXP มาคำนวณใน RDU เช่น ผู้ป่วยคลอดนอนโรงพยาบาลแล้วเป็นกระเพาะปัสสาวะอักเสบ Principle diagnosis คือ คลอดปกติ การวินิจฉัยร่วมคือกระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรณีนี้โปรแกรม RDU คำนวณว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยคลอดปกติที่ได้รับยาปฏิชีวนะซึ่งอาจไม่สมเหตุผล

๑๐. ควรระบุนิยาม คำอธิบาย ความหมายตัวชี้วัดให้ชัดเจน และสามรถแยกได้ระดับ เช่น ICD-๑๐ เช่น หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ในรายที่มี complication อื่นร่วมด้วยไม่ควรนำมาคำนวณตัวชี้วัด

๑๑. ควรใช้ค่า eGRF ในการเฝ้าระวังการได้รับยา NSAIDs ใน HDC

๑๒. ควรมีการทบทวนรหัสโรค (ICD-๑๐) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โดยตัด ICD – ๑๐ ที่เกี่ยวข้องกับคนหรือสัตว์กัดออก เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

๑๓. ตัวชี้วัดร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ควรมีการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มต้น

๑๔. ควรประสานกับแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ เพื่อออกแนวทางการรักษาและการสั่งใช้ยาหรือกำหนดแนวทางให้เป็นไปตามหลักการและนโยบายที่กระทรวงกำหนด

หลักฐานอ้างอิง :

ผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. เภสัชกรหญิงพรพิมล จันทร์คุณาภาส ๒. เภสัชกรหญิงนุชน้อย ประภาโส ๓. เภสัชกรหญิงไพรำ บุญญะฤทธิ์
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๒๘	**โทรศัพท์มือถือ :** เภสัชกรหญิงไพรำ บุญญะฤทธิ์๐๙ ๒๓๙๕ ๓๒๘๙

คำอธิบาย :

โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ เขตสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๘๙๖ แห่ง

โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU ๑ และ RDU ๒

- RDU ๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย

- RDU ๒ หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย

โดยระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับ คือ RDU ขั้นที่ ๑ RDU ขั้นที่ ๒ และ RDU ขั้นที่ ๓

โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒ (RDU ขั้นที่ ๒) หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไข ดังนี้

RDU ๑ (รพ.)	RDU ๒ (รพ.สต.ในเครือข่ายอำเภอ)
๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๔. การใช้ยา gibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	**จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐** ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง ๒ โรค

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ **คิดเป็นร้อยละ ๒.๕๗**

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒}}{\text{จำนวนโรงพยาบาล ทั้งหมด ๘๙๖ แห่ง}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๒๓}{๘๙๔} \times ๑๐๐ = \text{ร้อยละ } ๒.๕๗$$

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒	-	-	๐.๕๖

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	<๒.๕	**๑**
๒	๒.๕	**๒**
๓	๕	**๓**
๔	๗.๕	**๔**
๕	๑๐	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของโรงพยาบาล ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒	๕	๒.๕๗	๒.๐๒๘๐	๐.๑๐๑๔

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากการรายงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไตรมาส ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. เป็นนโยบายระดับกระทรวงและผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญ
๒. ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ
๓. มีข้อมูลทางวิชาการและสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๔. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดการข้อมูล
๕. มีมาตรการและแนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพสำหรับโรงพยาบาล
๖. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักในการสั่งจ่ายยาของบุคลากรทางการแพทย์และการให้ความรู้ในการใช้ยาของประชาชนโดยระดมความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งการดำเนินงานในชุมชนโดยมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อย.น้อย อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น
๗. การกำหนดนโยบายการกำกับติดตาม แนวทางการส่งเสริม RDU ของคณะกรรมการ Service Plan
๘. นวัตกรรม เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายมีการจัดทำฉลากยาเสริม ๑๓ กลุ่ม โดยสามารถพิมพ์ออกมาพร้อมกับฉลากยาได้โดยใช้โปรแกรม HosXP ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามต้องการ เป็นต้น

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๒. แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความกังวลในการรักษาตามแนวทางที่กำหนดและการฟ้องร้องรวมทั้งขาดความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน
๓. การแปรผลของ HDC เป็นไม่ผ่านตัวชี้วัดเมื่อไม่มีผู้ป่วยมารักษา
๔. ข้อมูลสารสนเทศของส่วนกลาง (HDC) เป็นข้อมูลแบบสะสม ไม่ได้แยกเป็นรายเดือนหรือรายไตรมาสอีกทั้งยังคงมีความคลาดเคลื่อนในการประมวลผล
๕. ความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม จากการลง ICD-๑๐ ไม่ตรงตามการวินิจฉัยของแพทย์ (ฐานข้อมูล HDC – code ICD๑๐ ไม่สามารถจำแนกโรคและอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดได้ทำให้การคำนวณไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง)
๖. การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมาย ๒ กลุ่มโรคใน รพ.สต. นั้น พบว่า ประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Acute diarrhea ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ถ้าไม่ให้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางการรักษาแล้วนัดมาตรวจดูอาการ อาจจะไม่ได้รับความร่วมมือ ในบางพื้นที่มีผู้ป่วยที่เป็นชนเผ่าชาติพันธุ์ซึ่งมีปัญหาเรื่องสุขอนามัย ผู้ให้การรักษาจึงตัดสินใจให้ยาปฏิชีวนะในโรคดังกล่าวไม่เพียงกี่รายก็ทำให้การดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ โดยหากมีการใช้ยา ATB จะทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เช่น มีผู้ป่วย ๒ ราย มีการใช้ ATB ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนดทำให้ตกตัวชี้วัดนั้นๆ เป็นต้น
๗. ตัวชี้วัดที่ใช้ค่า eGRF ไม่ได้ระบุระยะเวลาย้อนหลังว่าให้ใช้ค่าไต่กี่เดือน (ควรใช้ไม่เกิน ๖ เดือน)
๘. ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม NSAIDS ซ้ำซ้อน คำนิยามไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถนับจำนวนข้อมูลได้ถูกต้อง
๙. ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ PCT ไม่อยู่ใน Service plan รายสาขาทำให้ขาดผู้มีอำนาจในการกำกับติดตาม
๑๐. โปรแกรมที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล
๑๑. ข้อมูลใน HDC ไม่เอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ของ RDU เช่น ความซ้ำซ้อนของผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนกับโรคพยาบาลมหาราชนครราชสีมาไม่มีข้อมูลอัตราการใช้ยา ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง การส่ง Blood culture ก่อนให้ยา ATB

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

๑. ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ที่เข้าถึงง่าย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเตอร์เน็ต ไลน์ แอพพลิเคชั่น และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้และตื่นตัว

๒. ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละตัวชี้วัดตามเกณฑ์เป้าหมาย

๓. การเพิ่มช่องทางในการสร้างความตระหนักให้บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้เห็นความสำคัญและให้เกิดความร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกัน

๔. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประมวลผลข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ

๕. ควรพัฒนาระบบ HDC ให้มีข้อมูลครบทั้ง ๒๐ ตัวชี้วัด และสามารถดูรายงานข้อมูลย้อนหลังแยกเป็นรายเดือนได้

๖. ควรมีโปรแกรมเก็บตัวชี้วัด RDU-AMR จากส่วนกลาง และทางโรงพยาบาลสามารถดึงข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทันท่วงที

๗. ระบบ HDC ควรมีช่องทางในการสะท้อนกลับเพื่อแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งเสนอข้อเสนอแนะ

๘. ควรพัฒนาการสรุปรายงานจากระบบ HDC ให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

๙. ควรมีการทบทวนการดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล HosXP มาคำนวณใน RDU เช่น ผู้ป่วยคลอดนอนโรงพยาบาลแล้วเป็นกระเพาะปัสสาวะอักเสบ Principle diagnosis คือ คลอดปกติ การวินิจฉัยร่วมคือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรณีนี้โปรแกรม RDU คำนวณว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยคลอดปกติที่ได้รับยาปฏิชีวนะซึ่งอาจไม่สมเหตุผล

๑๐. ควรระบุนิยาม คำอธิบาย ความหมายตัวชี้วัดให้ชัดเจน และสามรถแยกได้ระดับ เช่น ICD-๑๐ เช่น หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ในรายที่มี complication อื่นร่วมด้วยไม่ควรนำมาคำนวณตัวชี้วัด

๑๑. ควรใช้ค่า eGRF ในการเฝ้าระวังการได้รับยา NSAIDs ใน HDC

๑๒. ควรมีการทบทวนรหัสโรค (ICD-๑๐) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โดยตัด ICD – ๑๐ ที่เกี่ยวข้องกับคนหรือสัตว์กัดออก เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

๑๓. ตัวชี้วัดร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ควรมีการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มต้น

๑๔. ควรประสานกับแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ เพื่อออกแนวทางการรักษาและการสั่งใช้ยาหรือกำหนดแนวทางให้เป็นไปตามหลักการและนโยบายที่กระทรวงกำหนด

หลักฐานอ้างอิง :

ผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๓ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :**
นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	๑. เภสัชกรหญิงพรพิมล จันทร์คุณาภาส ๒. เภสัชกรหญิงไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง ๓. เภสัชกรหญิงวรนัดดา ศรีสุพรรณ
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๑	**โทรศัพท์มือถือ :** เภสัชกรหญิงไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง ๐๘ ๑๖๑๓ ๗๙๙๗

คำอธิบาย :

การจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗

ยา หมายถึง ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์

วัตถุประสงค์ของการจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา เพื่อให้การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส ได้ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่มีประสิทธิภาพในราคาที่เหมาะสม รวมทั้งลดขั้นตอนและความซ้ำซ้อนในการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

การจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๒๖**

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข}}{\text{มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๒๘๙๒๘๘๑๕๙๓.๐๑}{๙๘๘๖๘๑๙๔๘๔.๑๒} \times ๑๐๐ = \text{ร้อยละ } ๒๙.๒๖$$

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	๒๐.๙๘	๒๔.๙๙	๒๘.๙๓

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๖	**๑**
๒	๘	**๒**
๓	๑๐	**๓**
๔	๑๒	**๔**
๕	๑๔	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	๑๐	๒๙.๒๖	๕.๐๐๐	๐.๕๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานในส่วนภูมิภาคให้เป็นไปตามนโยบายและมาตรการต่างๆ รวมทั้ง การลดค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยผ่านกลไกการตรวจราชการ/นิเทศงานประจำปี การตรวจสอบภายใน ซึ่งในช่วง ๕ เดือนที่ผ่านมา ได้ดำเนินการในรอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยขณะนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในระหว่างการรายงานข้อมูลผลการจัดซื้อ ไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ที่จะนำมาใช้ในการคำนวณค่าผลการดำเนินงาน และจะสามารถประมวลผลได้ในช่วงสิ้นเดือนเมษายน ๒๕๖๑ เพื่อวิเคราะห์ผลและรายงานผลการดำเนินงานจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ของส่วนราชการ และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๗ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

๒. การสนับสนุน ติดตามกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบาย ระเบียบฯ ที่กำหนด

๓. นวัตกรรม เช่น การจัดทำโปรแกรมบริหารจัดการคลังยา (INV–C) และมีการนำบัญชียาของ โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดเชียงราย เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยทดลองใช้งานในโรงพยาบาลชุมชน ๕ แห่ง เป็นต้น

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. การจัดซื้อร่วมบางประเภทมีมูลค่าไม่ถึงเกณฑ์ กลุ่มวัสดุการแพทย์ มีการจัดซื้อร่วมน้อย โดยเฉพาะรพศ.เชียงราย มีการจัดซื้อร่วมวัสดุการแพทย์ เพียงร้อยละ ๕.๗๘ เนื่องจากวัสดุการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ที่ใช้เป็นประเภทวัสดุขั้นสูงหรือราคาแพง แตกต่างจากระดับโรงพยาบาลชุมชน เช่น วัสดุ ข้อเข่า เลนส์ตาเทียม เป็นต้น นอกจากนี้ วัสดุทันตกรรม จัดซื้อร่วมน้อยร้อยละ ๑๑.๖๕ เนื่องด้วยจังหวัด แบ่งเป็น ๔ โซน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

และการเลือกบริษัทจัดซื้อมีความหลากหลาย

๒. ราคาอ้างอิงเขตที่กำหนดให้ใช้ในการจัดซื้อร่วมบางรายการไม่สามารถดำเนินการจัดซื้อได้ได้ทุกแห่ง

๓. ราคาวัสดุการแพทย์บางประเภท เช่น ถุงมือยาง แปลผันตามวัตดุดิบที่ผลิต ทำให้การจัดซื้อร่วมได้น้อย

๔. กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลง (พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐) ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจที่ชัดเจนและมีผลทำให้การจัดทำสัญญาการจัดซื้อล่าช้า

๕. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการ PTC แต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

๑. ควรปรับระบบการคีย์ EGP เนื่องจากขั้นตอนมากและระบบมีความผิดพลาด ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการผู้ป่วย

๒. ควรกำหนดคำนิยามที่ใช้ในดำเนินการให้ชัดเจน

๓. ควรปรับจำนวนกรอบบัญชียาในโรงพยาบาลทุกๆ ระดับ เพื่อให้สามารถรองรับการบริการผู้ป่วยตาม Service Plan

หลักฐานอ้างอิง :

๑. รายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๔ ระดับความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๒. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ ๓. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๖๔๓	**โทรศัพท์มือถือ :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๐๘ ๙๘๒๙ ๖๒๕๔ ๒. นางณัฏฐิณา รังสินธุ์ ๐๘ ๗๖๘๒ ๘๘๐๙ ๓. นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม ๐๖ ๕๒๖๔ ๕๑๕๙

คำอธิบาย :

การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย ๔ สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕), สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D๐ ทั้งหมด), สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V๐๑-Y๙๘) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน เทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น ๑. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ ๒. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) กรณี ๑) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา ๒) เพื่อการวินิจฉัย ๓) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือนสอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๑	- กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย - จัดประชุมคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะ ทำงาน/ประชุมปรึกษาหารือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓	- กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค
๕	- พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	- แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย - จัดประชุมคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน/ประชุมปรึกษาหารือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑
๒	- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค	๒
๓	- พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบ ฐานข้อมูล และระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย	๒

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	๑๐	ขั้นตอนที่ ๓	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

มีการรวบรวมแบบ ตก ๑. และ ตก. ๒ รวมทั้งปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัด/เขตสุขภาพ รอบที่ ๑ ที่กองบริหารการสาธารณสุขรับผิดชอบ นำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่ายและในระดับประเทศต่อไป

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ความร่วมมือของศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ผู้รับผิดชอบงานส่งต่อผู้ป่วยบางจังหวัด/เขตสุขภาพยังมีความไม่เข้าใจถึงคำนิยามของการส่งต่อนอกเขตสุขภาพ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการเป็นปีแรก

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

ควรมีการประชุมเพื่อชี้แจงผู้รับผิดชอบงานส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัด/ระดับเขตสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ตรงกัน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

หลักฐานอ้างอิง :

๑. สำเนาคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาและจัดทำแนวทางระบบส่งต่อ และคณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาระบบข้อมูลและระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย

๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบส่งต่อ คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาและจัดทำแนวทางระบบส่งต่อ และคณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาระบบข้อมูลและระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย

๓. รายงานการประชุมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค

๔. แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบ ฐานข้อมูล และระบบรายงานการส่งต่อผู้ป่วย

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน
ตัวชี้วัดที่ ๑.๒.๑ ระดับความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๒. นางสมสินี เกษมศิลป์ ๓. นายอเสข แก้วกันหา
โทรศัพท์ : ๐๒ ๕๙๐ ๑๖๔๓	**โทรศัพท์มือถือ :** ๑. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข ๐๘ ๙๘๒๙ ๖๒๕๔ ๒. นางสมสินี เกษมศิลป์ ๐๘ ๑๗๔๗ ๒๐๕๒ ๓. นายอเสข แก้วกันหา ๐๙ ๕๔๖๔ ๔๐๓๓

คำอธิบาย :

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง คณะกรรมการที่มีองค์ประกอบ ดังนี้ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีกรรมการจำนวนไม่เกิน ๒๑ คน ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนส่วนราชการไม่เกิน ๖ คน ผู้แทนเอกชนไม่เกิน ๖ คน ผู้แทนภาคประชาชนไม่เกิน ๗ คน ในอำเภอที่นายอำเภอแต่งตั้งและให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการและเลขานุการร่วมได้ตามความเหมาะสม เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.๒๕๖๐

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.๒๕๖๐

๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการ และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA

อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนำปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ มาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย ที่มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายในเขตพื้นที่อำเภอที่เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน ๘๗๘ แห่ง

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กองบริหารการสาธารณสุข มีการติดตามการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ โดยผู้ร่วมเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการและผู้ประสานงานหลักเขตสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๓๔/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๑	ตรวจนิเทศงานติดตามการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๓	ตรวจนิเทศงานติดตามการประชุมการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๕	ตรวจนิเทศงานติดตามการคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	ตรวจนิเทศงานติดตามการแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	**๑**
๒	ตรวจนิเทศงานติดตามการประชุมการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	**๒**
๓	ตรวจนิเทศงานติดตามการคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น	**๒**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๑๐	ขั้นตอนที่ ๓	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. ประชุมทีมเยี่ยมเสริมพลัง (Core team เขต)

๓. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. การสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนงานควรเพียงพอและทันเวลา

๒. ทีมเลขานุการ พชอ. ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากสถาบันพระบรมราชชนก (ปลัดอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนส่วนราชการ ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)

๓. คู่มือประกอบร่างระเบียบฯ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอซึ่งอยู่ระหว่างลงนามประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งทำให้นายอำเภอไม่สามารถลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง :

๑. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ.๑๖๔๓/๒๕๖๐ เรื่องแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. รายงานการประชุมทีมเยี่ยมเสริมพลัง (Core team เขต)

๓. ผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

ตัวชี้วัดที่ ๑.๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :**
นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	๑. นายแพทย์อัครพล คุรุศาสตรา ๒. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง ๓. นางสาวอัจฉรา ชำนาญพจน์
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๙๙	**โทรศัพท์มือถือ :** -

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด

หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หมายถึง ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูครบตามเกณฑ์ที่กำหนด (ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วย ถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ) และได้รับการติดตามในระยะเวลา ๓ เดือนแรก ภายหลังจำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด และพบว่าผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำ

สถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เรือนจำ ฑัณฑสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากสถานบำบัดสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด **คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๗๖**

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนแรก ภายหลังจำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายครบกำหนดตามเกณฑ์จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๑,๓๑๑}{๑,๔๑๕} \times ๑๐๐ = \text{ร้อยละ } ๙๒.๗๖$$

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากสถานบำบัดสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	๘๗.๕๗	๙๐.๙๒	๙๓.๗๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๓๕	**๑**
๒	๔๐	**๒**
๓	๔๕	**๓**
๔	๕๐	**๔**
๕	๕๕	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากสถานบำบัดสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	๑๐	๙๒.๗๖	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

เป็นนโยบายตัวชี้วัดระดับกระทรวง โดยมีมาตรการด้านยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑. มาตรการด้านการส่งเสริมป้องกัน
- ส่งเสริมให้ประชาชนเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ
- การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโทษของยาเสพติดผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นป้าย เป็นต้น
- ดำเนินการและสนับสนุนโครงการ To Be Number One
- การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติด ในสถานศึกษา สถานประกอบการและในชุมชน

๒. มาตรการด้านบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด
- การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด
- การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด
- การติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังบำบัดฟื้นฟู

๓. มาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)
- ให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจความตระหนักและประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV/AIDS, Hepatitis B และ C, ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป
- จัดให้มีบริการตรวจเลือดหา HIV/AIDS, Hepatitis B และ C, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสมัครใจ Voluntary Counseling and testing (VCT) ให้ผู้ใช้สารเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป
- จัดบริการ Methadone ระยะยาว ในโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป ตามบริบทพื้นที่ที่มีปัญหา
- จัดบริการเข็มและอุปกรณ์ความสะอาด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไป

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -	
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -	
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -	
หลักฐานอ้างอิง : ระบบข้อมูลบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)	

มิติภายนอก
การประเมินคุณภาพ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**
ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับความสำเร็จของการนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ๒. นางณปภัช นฤคนธ์ รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขและปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. ดร.พวงผกา มะเสนา ๒. นางสาวนริสรา อ้วนดวงดี ๓. นางสาวญาณิศา ดีไพบูลย์ ๔. นางมยุรี เอี่ยมเจริญ ๕. นางสุนี ชวชลาศัย
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๖๓	**โทรศัพท์ :** ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๕๗

คำอธิบาย :

ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผลจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ หรือคุณภาพกิจกรรม หรือคุณภาพผลงานของหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามพันธกิจหลักของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ซึ่งจัดทำขึ้นโดยใช้ขั้นตอนตามระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถส่งมอบบริการที่ดีให้กับผู้รับบริการ

การนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

ระดับความสำเร็จของการนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานส่วนกลางในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ หมายถึง ระดับความสำเร็จของหน่วยงานส่วนกลาง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือน หรือรอบ ๑๒ เดือน สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๑	กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๓	- กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการจัดประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เพื่อกำหนดแนวทางและผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามผลจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ - กองบริหารการสาธารณสุขจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๔ เรื่อง ได้แก่ ๑. การจัดสรร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

	งบลงทุน ๒. การจัดสรรงบดำเนินงาน ๓. โครงการพัฒนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ๔. อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
๕	กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวน ๔ เรื่อง ได้แก่ ๑. การจัดสรรงบลงทุน ๒. การจัดสรรงบดำเนินงาน ๓. โครงการพัฒนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ๔. อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการดังกล่าว รอบ ๖ เดือน ส่งให้กลุ่มงานพัฒนาระบบบริหาร

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	หน่วยงานแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงาน	๑
๒	- จัดประชุมคณะทำงานฯ เพื่อกำหนดแนวทางและผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ ผลงานของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามผลจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ - จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	๒
๓	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงานและรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการ	๒

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับความสำเร็จของการนำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับ บริการไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานส่วนกลาง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑	๑๐	ขั้นตอนที่ ๓	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

<u>การดำเนินงานขั้นตอนที่ ๑</u>

กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามคำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๕๓/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยมีองค์ประกอบ คือ นายธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข เป็นที่ปรึกษา นางณปภัช นฤคนธ์ รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขและหัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ เป็นประธาน เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจอำนวยการ เป็นคณะทำงาน นางสาวพวงผกา มะเสนา กลุ่มงานยุทธศาสตร์ เป็นคณะทำงานและเลขานุการ นางสาวนริสรา อ้วนดวงดี กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และนางสาวญาณิศา ดีไพบูลย์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ เป็นคณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ ซึ่งคณะทำงานมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดแนวทางและผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

๒. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงาน

๓. กำกับติดตามความก้าวหน้าและดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงาน รวมทั้งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน

๔. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของหน่วยงาน

๕. งานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

<u>การดำเนินงานขั้นตอนที่ ๒</u>

๑. กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการจัดประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ในวันศุกร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กองบริหารการสาธารณสุข ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดแนวทางและผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามผลจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ โดยมติที่ประชุมเห็นควรให้มีการจัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวน ๔ เรื่อง และกำหนดผู้รับผิดชอบ ดังนี้ ๑. การจัดสรรงบลงทุน (กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค) ๒. การจัดสรรงบดำเนินงาน (งานแผนงบประมาณ กลุ่มงานยุทธศาสตร์) ๓. โครงการพัฒนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ (กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ) ๔. อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ) และมติที่ประชุมเห็นชอบมอบกลุ่มงานที่รับผิดชอบเรื่องดังกล่าวพิจารณาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยส่งให้งานประเมินผลกลุ่มงานยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นคณะทำงานและเลขานุการ ภายในวันพุธที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ เพื่องานประเมินผลกลุ่มงานยุทธศาสตร์รวบรวมแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และส่งให้กลุ่มงานพัฒนาระบบบริหารภายในวันพุธที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๐

๒. กลุ่มงานผู้รับผิดชอบตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ได้แก่ กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค งานแผนงบประมาณ

กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และกลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๔ เรื่อง ดังนี้

๒.๑ **เรื่อง การจัดสรรงบลงทุน** ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค โดยกิจกรรมประกอบด้วย ๑) จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑ ๒) จัดทำช่องทางการสื่อสารเพิ่มเติม ได้แก่ ช่องทาง Line ช่องทางเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข โดยเปิดช่องทางการติดต่อ/เพิ่มข้อมูลประชาสัมพันธ์ที่สำคัญของกองบริหารการสาธารณสุขและคุณภาพข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ดำเนินการในเดือนมีนาคม ๒๕๖๑ ๓) ปรับปรุง/พัฒนาโปรแกรมงบลงทุนให้มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ ดำเนินการในเดือนเมษายน ๒๕๖๑ ๔) ประเมินความพึงพอใจ และสรุปผลความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการประชุมที่กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาคจัดการประชุมให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับบริการ ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จของกิจกรรมในภาพรวม คือ กองบริหารการสาธารณสุขมีจำนวนช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มขึ้นจำนวน ๒ ช่องทาง

๒.๒ **เรื่อง การจัดสรรงบดำเนินงาน** ผู้รับผิดชอบ คือ งานแผนงบประมาณ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โดยกิจกรรมประกอบด้วย ๑) จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ดำเนินการในเดือนกันยายน – ตุลาคม ๒๕๖๐ ๒) ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารจัดการงบดำเนินงานส่วนภูมิภาค ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ดำเนินการในเดือนกันยายน – ตุลาคม ๒๕๖๐ ๓) จัดทำช่องทางการสื่อสารเพิ่มเติม ได้แก่ ช่องทาง Line ช่องทางเว็บไซต์กองบริหารการสาธารณสุข โดยเปิดช่องทางการติดต่อ/เพิ่มข้อมูลประชาสัมพันธ์ที่สำคัญของกองบริหารการสาธารณสุขและคุณภาพข้อมูลต้องเป็นปัจจุบัน ดำเนินการในเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – กันยายน ๒๕๖๑ ๔) จัดทำแนวทางการใช้จ่ายงบดำเนินงานทุกผลผลิต/กิจกรรมหลักส่งแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบทุกแหล่ง พร้อมทั้งมีการดาวน์โหลดข้อมูลเผยแพร่ในเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุขทุกรอบการจัดสรรดำเนินการในเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – กันยายน ๒๕๖๑ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จของกิจกรรมในภาพรวม คือ กองบริหารการสาธารณสุข มีจำนวนช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มขึ้นจำนวน ๓ ช่องทาง

๒.๓ **โครงการพัฒนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑** ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ โดยกิจกรรมประกอบด้วย ๑) ประชุมคณะกรรมการฯ/คณะทำงานฯ ดำเนินการในเดือนธันวาคม ๒๕๖๐ – สิงหาคม ๒๕๖๑ ๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ดำเนินการในเดือนมกราคม มีนาคม และเมษายน ๒๕๖๑ ๓) ลงพื้นที่ศึกษาความเป็นไปได้เบื้องต้นของการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๐ มีนาคมและมิถุนายน ๒๕๖๑ ๔) ประชุมสัมมนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๑ ๕) จัดทำคู่มือแนวทางการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ดำเนินการในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการในภาพรวม คือ จำนวนโครงการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพ

๒.๔ **เรื่อง อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ โดยกิจกรรมประกอบด้วย ๑) ประชุมคณะกรรมการกำหนดนโยบายการพัฒนาอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในเดือนมีนาคม พฤษภาคม และกรกฎาคม ๒๕๖๑ ๒) จัดทำอัตราค่าบริการเพิ่ม (หมวดและรายการที่ยังไม่ครอบคลุม เช่น กายอุปกรณ์ ค่าบริการสำหรับชาวต่างประเทศ) ดำเนินการในเดือนมกราคม – กันยายน ๒๕๖๑ ๓) ปรับปรุงอัตราค่าบริการเดิมของบางรายการ

เพื่อให้เหมาะสม ดำเนินการในเดือนมกราคม – กันยายน ๒๕๖๑ ๔) จัดทำแบบรายงาน (Template) ในการคิดต้นทุนโดยใช้หลักการคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity Based Costing : ABC) เพื่อให้หน่วยบริการเสนอในกรณีการขอปรับปรุงอัตราค่าบริการ ดำเนินการในเดือนมกราคม ๒๕๖๑ ๕) เผยแพร่อัตราค่าบริการและแนวทางการกำหนดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแจ้งเวียนและประกาศทางเว็บไซต์ ดำเนินการในเดือนกันยายน ๒๕๖๑ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จของกิจกรรมในภาพรวม คือ ๑) จำนวนเพิ่มของหมวดและรายการอัตราค่าบริการ เพื่อให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการยิ่งขึ้น ๒) จำนวนรายการที่ปรับปรุง อัตราค่าบริการให้มีความเหมาะสมตามที่หน่วยบริการเสนอขอเข้ามา

ทั้งนี้ ผู้รับผิดชอบรายงานลงนามโดยหัวหน้ากลุ่มงานหรือรักษาการหัวหน้ากลุ่มงานผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติการฯ ๔ เรื่อง ดังกล่าวข้างต้น และส่งให้งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นคณะทำงานและเลขานุการ ภายในวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ และงานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์ รวบรวมแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ จากกลุ่มงานที่รับผิดชอบเสนอผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขลงนาม และส่งให้กลุ่มงานพัฒนาระบบบริหารภายในวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๐

<u>การดำเนินงานขั้นตอนที่ ๓</u>

๑. กองบริหารการสาธารณสุขดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยกลุ่มงานผู้รับผิดชอบ (ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๐ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑) ดังนี้

๑.๑ **เรื่อง การจัดสรรงบลงทุน** ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค ได้มีการดำเนินงานดังนี้ ๑) จัดทำโครงการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการงบประมาณงบลงทุนของเขตสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๒) มีช่องทาง Line ผู้รับผิดชอบเขตสุขภาพของกลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาคกับเขตสุขภาพ ช่องทาง Line ของกองบริหารการคลังกับส่วนภูมิภาคที่กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาคเข้าร่วมกลุ่ม ช่องทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ผู้รับผิดชอบเขตสุขภาพกับผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ช่องทางโทรศัพท์สำนักงานและโทรศัพท์ส่วนตัวของหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค/หัวหน้างาน/ผู้รับผิดชอบทุกเขต และช่องทางเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข โดยเปิดช่องทางการติดต่อ/เพิ่มข้อมูลประชาสัมพันธ์ที่สำคัญของกองบริหารการสาธารณสุข

๑.๒ **เรื่อง การจัดสรรงบดำเนินงาน** ผู้รับผิดชอบ คือ งานแผนงบประมาณ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ ได้มีการดำเนินงาน ดังนี้ ๑) จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการงบดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๘ ก.ย. ๖๐ ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ สำนักงานเขตสุขภาพ ตัวแทนและ/หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน กรม/กอง ที่เกี่ยวข้อง ๒) ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารจัดการงบดำเนินงานส่วนภูมิภาค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยการประเมินความพึงพอใจกลุ่มเป้าหมายจากการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งผลการประเมินพบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมีความพึงพอใจมาก ๓) จัดทำช่องทางการสื่อสารเพิ่มเติม ช่องทาง Line ช่องทางเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข โดยเปิดช่องทางการติดต่อ/เพิ่มข้อมูลประชาสัมพันธ์ที่สำคัญของกองบริหารการสาธารณสุขและคุณภาพข้อมูลต้องเป็นปัจจุบัน ได้แก่ ช่องทาง Line สำหรับการประสานข้อมูลงบประมาณ ระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับงบประมาณ ระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาค ช่องทางเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข <u>https://phdb.moph.go.th</u> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำหรับ

ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการจัดสรร กิจกรรมการจัดประชุม และข้อมูลทางวิชาการ ได้แก่ คู่มือ เอกสารทางวิชาการ เอกสารการประชุม ฯลฯ และช่องทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ plan.๑๗๖๓@gmail.com ๔) จัดทำแนวทางการใช้จ่ายงบดำเนินงานทุกผลผลิต/กิจกรรมหลักส่งแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบทุกแหล่ง พร้อมทั้งมีการดาวน์โหลดข้อมูลเผยแพร่ในเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุขทุกรอบการจัดสรรปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยได้ดำเนินการแจ้งการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานส่วนภูมิภาคเพื่อดำเนินงานตามแผนงานภารกิจพื้นฐาน/แผนงานยุทธศาสตร์เฉพาะ/แผนงานบูรณาการ จำนวน ๑๓ แผนงาน ๒๖ ผลผลิต/โครงการ ๓๖ กิจกรรมหลัก โดยแจ้งการจัดสรรตามช่องทางหนังสือราชการ ช่องทางเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข https://phdb.moph.go.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และช่องทาง Line (แจ้งการจัดสรรงบประมาณแก่ผู้รับผิดชอบระดับเขตสุขภาพ เพื่อประสานต่อให้แก่หน่วยงานในพื้นที่ที่ได้รับการจัดสรร)

๑.๓ **โครงการพัฒนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑** ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ ได้มีการดำเนินงาน ดังนี้ ๑) ประชุมคณะกรรมการฯ/คณะทำงานฯ ได้แก่ ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและกลั่นกรองโครงการให้เอกชนร่วมในวันจันทร์ที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๑ ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกเอกชนโครงการร่วมลงทุนการจัดบริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาในวันศุกร์ที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ ประชุมจัดทำร่างระเบียบการคัดเลือกเอกชนในโครงการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ในวันจันทร์ที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกเอกชนโครงการร่วมลงทุนจัดบริการฟอกเลือด ในวันจันทร์ที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๐ ประชุมจัดทำร่างระเบียบการคัดเลือกเอกชนในโครงการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ในวันศุกร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ ประชุมหารือพิจารณาแนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการศูนย์ฟอกเลือดฯ ในวันศุกร์ที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินการให้เอกชนร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ได้แก่ ประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๓ มกราคม ๒๕๖๑ และประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ ๒ ซึ่งอยู่ระหว่างเตรียมดำเนินการ ๓) ลงพื้นที่ติดตามการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการเอกชนร่วมลงทุน ณ โรงพยาบาล นครท่าฉลอง จังหวัดสมุทรสาคร ในวันพุธที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ๔) จัดทำ (ร่าง) คู่มือแนวทางการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพได้แล้วเสร็จและเตรียมนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และ ๕) ประชุมสัมมนาการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐด้านสุขภาพอยู่ระหว่างดำเนินการ

๑.๔ **อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** ผู้รับผิดชอบ คือ กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ ได้มีการดำเนินงาน ดังนี้ ๑) จัดทำแบบรายงาน (Template) ในการคิดต้นทุนโดยใช้หลักการคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity Based Costing : ABC) เพื่อให้หน่วยบริการเสนอในกรณีการขอปรับปรุงอัตราค่าบริการได้แล้วเสร็จ ซึ่งรอเสนอที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดนโยบายการพัฒนาอัตราค่าบริการฯพิจารณาและกิจกรรมการประชุมคณะกรรมการกำหนดนโยบายการพัฒนาอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำอัตราค่าบริการเพิ่ม (หมวดและรายการที่ยังไม่ครอบคลุม เช่น กายอุปกรณ์ ค่าบริการสำหรับชาวต่างประเทศ) และปรับปรุงอัตราค่าบริการเดิมของบางรายการเพื่อให้เหมาะสม อยู่ระหว่างดำเนินการ

๒. รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ โดยมีการจัดประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ครั้งที่ ๒ ในวันจันทร์ที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กองบริหารการสาธารณสุข ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการฯ และชี้แจ้งการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ ตามแบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงาน รอบ ๖ เดือน ซึ่งมติที่ประชุมเห็นชอบมอบหมายให้กลุ่มงานผู้รับผิดชอบจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มรายงานผลดังกล่าวและส่งให้กลุ่มงาน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นคณะทำงานและเลขานุการ ภายในวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ และงานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์ รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานฯ จากกลุ่มงานผู้รับผิดชอบเสนอผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขลงนาม และส่งให้กลุ่มงานพัฒนาระบบบริหาร ภายในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน รวมทั้งความร่วมมือในการดำเนินการของบุคคลากรกองบริหารการสาธารณสุข

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง :

๑. คำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๕๓/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. รายงานการประชุมรายงานการประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ วันศุกร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กองบริหารการสาธารณสุข ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และรายชื่อผู้รับผิดชอบในการพัฒนาฯ

๔. แผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๕. รายงานการประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ครั้งที่ ๒ ในวันจันทร์ที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กองบริหารการสาธารณสุข ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. เอกสารการทำกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการฯ (เช่น ภาพถ่าย รายงาน)

๗. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ/กิจกรรม/ผลงานของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ รอบ ๖ เดือน

มิติภายใน
การประเมินประสิทธิภาพ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**
ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ๒. นางณปภัช นฤคนธ์ รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขและปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ ๓. นางลินลา ตุ๊เอี้ยง หัวหน้างานแผนงบประมาณ	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางสาวสุพัตรา ต่อศรี ๒. นางสาววิลาวัณย์ ไพราม
โทรศัพท์ : ๐๒ ๕๙๐ ๑๗๖๓	**โทรศัพท์ :** ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๕๗

คำอธิบาย :

อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายในภาพรวมของหน่วยงาน หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับจัดสรรภาพรวมในรอบ ๖ เดือนและ ๑๒ เดือนเปรียบเทียบกับงบประมาณที่หน่วยงานได้รับการจัดสรร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ (หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงระหว่างปีหรือได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจะนำยอดงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ) เพื่อประเมินผลความสามารถในการเบิกจ่ายเงินของหน่วยงานสามารถบรรลุเป้าหมายของรัฐบาลตามที่เกณฑ์กำหนดหรือไม่ โดยใช้ข้อมูลผลการเบิกจ่ายในระบบ GFMIS ที่กองบริหารการคลังยืนยันอย่างเป็นทางการมาเป็นฐานข้อมูลการประเมินผล

ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณ หมายถึง การมีความพร้อม/วางแผนในการเบิกจ่ายงบประมาณ มีการเร่งรัดการดำเนินงาน/เบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ มีการเร่งรัด กำกับติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ หากมีปัญหาอุปสรรค หาทางแก้ไขและปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณให้บรรลุตามเป้าหมายการเบิกจ่ายรายจ่ายภาพรวมตามนโยบายรัฐบาล และเพื่อเป็นปัจจัยสนับสนุนการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

งบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่าย ในรอบ ๖ เดือนแรก (๑ ต.ค. ๒๕๖๐ – ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๑)

คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๖

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่ายในรอบ ๖ เดือน (๑ ต.ค.๒๕๖๐ – ๓๑ มี.ค.๒๕๖๑)}}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายที่หน่วยงานได้รับทั้งหมดในปีงบประมาณ ๒๕๖๑}} \times ๑๐๐$$

แทนค่าจากสูตรการคำนวณ :

$$\frac{๒๑,๓๑๖,๒๓๗.๘๗}{๓๘,๔๓๕,๖๘๗} = \text{ร้อยละ ๕๕.๔๖}$$

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ชื่อตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	-	๙๕.๕๘	๙๗.๔๘

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือน***

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๔๔	**๑**
๒	๔๖	**๒**
๓	๔๘	**๓**
๔	๕๐	**๔**
๕	๕๒	**๕**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน	๖	๕๕.๔๖	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

กองบริหารการสาธารณสุขรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานในส่วนภูมิภาคแต่ในส่วนการวิเคราะห์ผลร้อยละอัตราการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของหน่วยงาน กองบริหารการสาธารณสุขวิเคราะห์เฉพาะงบดำเนินงานส่วนกลาง ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้จ่ายภายในกองบริหารการสาธารณสุขเท่านั้น

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง :

รายงานทะเบียนคุมงบประมาณรายจ่ายย่อยปี ๒๕๖๑ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ของกองบริหารการสาธารสุข โดยกองบริหารการคลัง

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**
ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคลและนำผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ไปใช้ในการขึ้นเงินเดือน	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ๒. นางณปภัช นฤคนธ์ รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข และปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. ดร.พวงผกา มะเสนา หัวหน้างานประเมินผล ๒. นางณปภัช นิกรวัฒน์ หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่ ๓. นางสาวนริสรา อ้วนดวงดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๖๓	**โทรศัพท์มือถือ :** -

คำอธิบาย :

การถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคล หมายถึง การดำเนินการถ่ายทอดตัวชี้วัด (Cascading) และเป้าหมายจากระดับหน่วยงานสู่ระดับบุคคล โดยมีวิธีการ/กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากหน่วยงานสู่ระดับบุคคลอย่างเป็นระบบ

การนำผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ไปใช้ในการขึ้นเงินเดือน หมายถึง การนำผลการประเมินการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดที่ได้รับการถ่ายทอดจากหน่วยงานสู่ระดับบุคคลของบุคลากรรายบุคคลไปใช้ประกอบการพิจารณาขึ้นเงินเดือน/ค่าจ้าง รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน ภายในปีงบประมาณ

ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคลและนำผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ไปใช้ในการขึ้นเงินเดือน หมายถึง ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการถ่ายทอดตัวชี้วัด (Cascading) และเป้าหมายจากระดับหน่วยงานสู่ระดับบุคคล โดยมีวิธีการ/ กระบวนการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากหน่วยงานสู่ระดับบุคคลอย่างเป็นระบบ และนำตัวชี้วัดและผลการประเมินของบุคลากรรายบุคคลไปใช้ประกอบการพิจารณาขึ้นเงินเดือน/ค่าจ้าง รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน ภายในปีงบประมาณ

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๑	กองบริหารการสาธารณสุขจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) เพื่อแสดงให้เห็นถึงระบบในการถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจและระดับบุคคล
๓	- การจัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลตามแผนยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑ ซึ่งมีการสื่อสาร ทำความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรในกองบริหารการสาธารณสุขทราบถึงกระบวนการในการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจและระดับบุคคล

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

	- การจัดทำตัวชี้วัดระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจ โดยการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับกองบริหารการสาธารณสุข, ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจถึงระดับบุคคล ซึ่งมีความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา และมีความเป็นไปได้จริง
๕	- การจัดทำข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ เพื่อเป็นการผูกมัด (Commitment) ต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด และมีความรับผิดชอบต่อผลสำเร็จตามข้อตกลง ซึ่งต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดและเป้าหมาย รวมถึงเกณฑ์การประเมินผลความสำเร็จที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม (KPI Template) เป็นรายบุคคล ของกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจกองบริหารการสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	หน่วยงานจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) เพื่อแสดงให้เห็นถึงระบบในการถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล เพื่อผลักดันให้เกิดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์และเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้	๑
๒	- มีการสื่อสาร ทำความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบถึงกระบวนการในการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับหน่วยงานและบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามระบบการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง - การถ่ายทอดตัวชี้วัดจากหน่วยงานถึงระดับบุคคล ต้องมีความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาและมีความเป็นไปได้จริง	๒
๓	- มีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ เพื่อเป็นการผูกมัด (Commitment) ต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัดและมีความรับผิดชอบต่อผลสำเร็จตามข้อตกลงซึ่งต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดและเป้าหมาย รวมถึงเกณฑ์การประเมินผลความสำเร็จที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม (KPI Template) เป็นรายบุคคล	๒

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดของหน่วยงานสู่ระดับบุคคลและนำผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ไปใช้ในการขึ้นเงินเดือน	๗	ขั้นตอนที่ ๓	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. กองบริหารการสาธารณสุขจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) เพื่อแสดงให้เห็นถึงระบบในการถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจและระดับบุคคล เพื่อผลักดันให้เกิดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์และเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้

๒. จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลตามแผนยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วิทยากรโดย ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทีมวิทยากร ประธานโดยรองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข (นางณปภัช นฤคนธ์) ซึ่งมีการสื่อสาร ทำความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรในกองบริหารการสาธารณสุขทราบถึงกระบวนการในการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากองค์การสู่ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจและระดับบุคคล เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามระบบการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง

๓. การจัดทำตัวชี้วัดระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจ โดยการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับกองบริหารการสาธารณสุข, ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจถึงระดับบุคคล ซึ่งมีความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาและมีความเป็นไปได้จริง

๔. การจัดทำข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรในทุกระดับ เพื่อเป็นการผูกมัด Commitment) ต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด และมีความรับผิดชอบต่อผลสำเร็จตามข้อตกลง ซึ่งต้องมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดและเป้าหมาย รวมถึงเกณฑ์การประเมินผลความสำเร็จที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม (KPI Template) เป็นรายบุคคล ของกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจ กองบริหารการสาธารณสุข

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

๑. ระดับผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ได้แก่ ระดับกระทวงสาธารณสุข ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และระดับกองบริหารการสาธารณสุข ถ่ายทอดสู่ระดับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจ และระดับรายบุคคล

๒. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ให้การสนับสนุนจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลตามแผนยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วิทยากรโดย ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทีมวิทยากร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ในการถ่ายทอดตัวชี้วัดของกองบริหารการสาธารณสุขสู่ระดับบุคคลต้องให้ความรู้ด้านการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลกับบุคลากรทุกคนในองค์กร อาจทำให้การดำเนินการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลล่าช้า เนื่องจากบุคลากรติดราชการและติดประชุม (ตามภารกิจนโยบายเร่งด่วน)

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

ในช่วงปีงบประมาณต่อไป ควรจัดประชุมเพิ่มเติมในการจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลสำหรับกลุ่มงาน/กลุ่มภารกิจ (ทุกกลุ่มงาน) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรในการปฏิบัติงาน

หลักฐานอ้างอิง :

๑. แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) กองบริหารการสาธารณสุข

๒. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องจัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลตามแผนยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๑ อาคาร ๗ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เอกสารลงนามคำรับรองคำรับรองการปฏิบัติราชการของกองบริหารการสาธารณสุข (แบบฟอร์ม ๑)

๔. ตารางตัวชี้วัดและเป้าหมายตามแผนปฏิบัติราชการและภารกิจหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ระดับรายบุคคล (แบบฟอร์ม ๒)

๕. รายละเอียดตัวชี้วัด KPI Template รายบุคคล (แบบฟอร์ม ๓)

มิติภายใน
การประเมินการพัฒนาองค์การ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน
ตัวชี้วัดที่ ๕ ระดับความสำเร็จในการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณของหน่วยงาน	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ๒. นางกัญจน์ณัฏฐ์ สังข์นาค หัวหน้ากลุ่มภารกิจอำนวยการ	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางสาวจิรวรรณ แห้วเพ็ชร ๒. นางสาวฐาปนี จันทะ
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๖๔	**โทรศัพท์มือถือ :** ๐๘ ๔๕๗๔ ๖๗๒๑

คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง หมายถึง ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีของหน่วยงาน และ/หรือแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีของหน่วยงาน เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ รวมถึงดำเนินการ ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment:ITA) และรายงานผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีของหน่วยงาน และ/หรือแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีของหน่วยงาน เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยที่การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของหน่วยงานของรัฐต้องก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงานของรัฐ และต้องสอดคล้องกับหลักการ ประกอบด้วย ความคุ้มค่า ความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตรวจสอบได้

- แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หมายถึง แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

- แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีของหน่วยงาน เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) หมายถึง แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีของหน่วยงาน เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) ตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.๒๕๔๖ กำหนด (กรณีหน่วยงานโอนเปลี่ยนแปลงเงินงบประมาณเหลือจ่ายจากงบดำเนินงานเป็นงบลงทุน จะต้องดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๔๖ อย่างเคร่งครัด) และตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

- การจัดซื้อจัดจ้าง หมายถึง การดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งพัสดุโดยการซื้อ จ้าง เช่าแลกเปลี่ยน หรือโดยนิติกรรมอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

การประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ กำหนดให้ทุกหน่วยงานจะต้องดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีของหน่วยงาน แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีของหน่วยงาน เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) และการวิเคราะห์ผลของแผนจัดซื้อจัดจ้างประจำปีของหน่วยงาน รวมถึงงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

- หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางและที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

เหตุผล :

๑. เพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐมีความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ

๒. เพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐมีความโปร่งใส เปิดโอกาสให้มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม ตรวจสอบได้ มุ่งเน้นการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนโดยส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งเพื่อป้องกันปัญหาการทุจริตและประพฤติมิชอบในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

๓. เพื่อให้มีการวางแผนการดำเนินงานการจัดซื้อจัดจ้างและมีการประเมินผลการปฏิบัติงานซึ่งจะทำให้การจัดซื้อจัดจ้างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

๔. เพื่อสนับสนุนมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๑	จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๓	๑. จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) เสนอผู้บริหารอนุมัติแผนพร้อมขออนุญาตนำแผนขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน
๕	๑. หน่วยงานนำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ส่งสำเนาหนังสือเสนอผู้บริหารอนุมัติแผนและ Print Screen หลักฐานการเผยแพร่ส่งให้ ศูนย์ปราบปรามการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข (ศปท.) ๒. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ รวบรวมแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ประกาศแผนขึ้นเว็บไซต์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๓. หน่วยงานจัดส่งสำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้าง) ตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และส่งสำเนาเอกสารให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ๔. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ รวบรวมแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ประกาศแผนขึ้นเว็บไซต์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. หน่วยงานเสนอผู้บริหารรับทราบรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างฯ (งบลงทุน) ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน พร้อมขออนุญาตนำรายงานผล ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานพร้อม Print Screen หลักฐานการเผยแพร่ พร้อมส่งสำเนาหนังสือและสำเนาหลักฐาน Print Screen ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ ๖. หน่วยงานเสนอผู้บริหารรับทราบรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างฯ (งบลงทุน) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน พร้อมขออนุญาตนำรายงานผล ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

	หน่วยงานพร้อม Print Screen หลักฐานการเผยแพร่ พร้อมส่งสำเนาหนังสือและสำเนาหลักฐาน Print Screen ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ ๗. หน่วยงานเสนอผู้บริหารรับทราบรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบ ๖ เดือน พร้อมขออนุญาตนำรายงานผล ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน พร้อม Print Screen หลักฐานการเผยแพร่ พร้อมส่งสำเนาหนังสือและสำเนาหลักฐาน Print Screen ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	**(๑)** หน่วยงานกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) ตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.๒๕๔๖ (กรณีหน่วยงานได้กำหนดแผนความต้องการครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และได้รับงบประมาณตามที่บรรจุไว้ในเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ รวมถึงได้โอนเปลี่ยนแปลงเงินงบประมาณเหลือจ่ายจากงบดำเนินงานเป็นงบลงทุน) **(๒)** หน่วยงานจัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน	๑
๒	**(๑)** จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ **(๒)** จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) ตามประกาศคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน เรื่อง การจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.๒๕๔๖ (ถ้ามี)	๒
๓	**(๑)** หน่วยงานดำเนินการเผยแพร่แผน ปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน **(๒)** ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมแผน ปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และเผยแพร่แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ บนเว็บไซต์ของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ **(๓)** และ **(๔)** หน่วยงานจัดส่งสำเนาแผน ปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุน **(๕)** ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุขฯ รวบรวมแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุนฯ และเผยแพร่แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ บนเว็บไซต์ของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ	๒

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

	(๖) หน่วยงานรายงานผลตามแผนปฏิบัติการฯ (งบลงทุน) ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (สิ้นสุดวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐) **(๗)** หน่วยงานรายงานผลตามแผนปฏิบัติการฯ (งบลงทุน) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (สิ้นสุดวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑) **(๘)** รายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (สิ้นสุดวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑)	

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณของหน่วยงาน	๖	ขั้นตอนที่ ๓	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. หน่วยงานได้สำรวจความต้องการใช้วัสดุ และนำมาวิเคราะห์ เพื่อจัดทำแผนการปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างทั้งงบดำเนินงาน และงบลงทุน เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุ ให้เป็นไปตามระเบียบ

๒. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ งบดำเนินงาน และงบลงทุน(ค่าครุภัณฑ์ และที่ดินก่อสร้าง) ดังนี้

๒.๑ นางกัญจน์ณัฏฐ์ สังข์นาค

๒.๒ นางสาวจิรวรรณ แห้วเพ็ชร

๒.๓ นางสาวฐาปนี จันทะ

๓. จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อ จัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติแผน

๔. จัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อ จัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เฉพาะงบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์และที่ดินก่อสร้าง) และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติแผน

๕. มีการเผยแพร่แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ขึ้นเว็บไซต์ของหน่วยงาน www.phdb.moph.go.th และเผยแพร่แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ บนเว็บไซต์ของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ในวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

๖. จัดส่งสำเนาแผนการจัดซื้อจัดจ้างให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

๖. รายงานผลตามแผนปฏิบัติการฯ (งบลงทุน) ไตรมาสที่ ๑ เสนอผู้บริหารเพื่อทราบ และนำขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข ในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ และส่งสำเนาหนังสือให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ

๗. จัดทำหนังสือเสนอผู้บริหารรับทราบรายงานผลตามแผนการจัดซื้อจัดจ้างฯ ไตรมาสที่ ๖ รอบ ๖ เดือน พร้อมขออนุญาตนำรายงาน ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข และส่งรายงานผลให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง :

๑. คำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๔๘/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐ เรื่องแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๒. แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๓. แผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ (งบลงทุน)

๔. หนังสือขออนุมัติใช้แผน และขออนุมัตินำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ตามหนังสือที่ สธ ๐๒๐๗.๐๑.๓/๕๐๙๐ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๐

๕. หนังสือขออนุมัติปรับแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามหนังสือ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๑.๓/๗๒๙ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

๖. หนังสือขออนุมัติใช้แผนฯ และขออนุญาตนำแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เพิ่มเติมแผนรายโครงการ) ตามหนังสือ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๑.๓/๕๗๕๕ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

๗. หนังสือส่งแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต ตามหนังสือ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๑.๓/๗๐๓๖ ลงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

๘. Print Screen หลักฐานการเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๐

๙. Print Screen หลักฐานการส่งแผนทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

๑๐. Print Screen หลักฐานการเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เพิ่มเติมแผนรายโครงการ) บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

๑๑. หนังสือรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาส ๑ (งบลงทุน) และขออนุญาตนำผล ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๑.๓/๖๖๒๗ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

๑๒. หนังสือรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (งบลงทุน) ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านทุจริต ตามหนังสือ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๑.๓/๘๑๔๒ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

๑๓. Print Screen หลักฐานการส่งรายงาน (งบลงทุน) ทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

๑๔. Print Screen หลักฐานการเผยแพร่รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๑ (งบลงทุน) บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

๑๕. หนังสือรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาส ๒ รอบ ๖ เดือน และขออนุญาตนำผล ขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์

๑๖. หนังสือรายงานผลตามแผนปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านทุจริต

๑๗. Print Screen หลักฐานการส่งรายงานไตรมาส ๒ ทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

๑๘. Print Screen หลักฐานการเผยแพร่รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ รอบ ๖ เดือน ☐ รอบ ๑๒ เดือน
ตัวชี้วัดที่ ๖ ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ๒. นางณปภัช นฤคนธ์ รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขและปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางณัฐกาญจน์ ศรีสำอางค์ ๒. นางสาวศศินิภา รินสบาย ๓. นางสาวปาจรียภัทร นาควารี
โทรศัพท์ : ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๕๘	**โทรศัพท์มือถือ :** ๑. นางณัฐกาญจน์ ศรีสำอางค์ ๐๘ ๙๕๒๑ ๑๗๑๕ ๒. นางสาวศศินิภา รินสบาย ๐๘ ๑๐๔๗ ๔๗๘๘ ๓. นางสาวปาจรียภัทร นาควารี ๐๘ ๖๑๓๓ ๒๗๓๖

คำอธิบาย :

หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวน ๒๒ หน่วยงาน ประกอบด้วย ๑.กองกลาง ๒.กองกฎหมาย ๓.กองการต่างประเทศ ๔.กองการพยาบาล ๕.กองตรวจราชการ ๖.กองบริหารการคลัง ๗.กองบริหารการสาธารณสุข ๘.กองบริหารทรัพยากรบุคคล ๙.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ๑๐.กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ๑๑.กองสาธารณสาธารณสุขฉุกเฉิน ๑๒.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ๑๓.สถาบันพระบรมราชชนก ๑๔.กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๕.กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ๑๖.กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ๑๗.กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม ๑๘.สำนักงานรัฐมนตรี ๑๙.สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ๒๐.สำนักวิชาการสาธารณสุข ๒๑.สำนักสารนิเทศ ๒๒.สำนักส่งเสริมสนับสนุนอาหารปลอดภัย

หน่วยงานคุณธรรม หมายถึง หน่วยงานที่มีการดำเนินการตามเกณฑ์หน่วยงานคุณธรรมที่กำหนดเพื่อให้มีการบริหารจัดการด้วยความโปร่งใส ซื่อสัตย์ ประหยัด ยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้องบนพื้นฐานทางศีลธรรม วัฒนธรรมและหลักกฎหมาย ตลอดจนให้บริการด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ด้วยความมีน้ำใจ เคารพในศักดิ์ศรีคุณค่าของผู้รับบริการและบุคคลอื่น ปฏิบัติงานด้วยความสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนและแผ่นดิน

ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่มีการดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนด ๕ ขั้นตอน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๑	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขประกาศนโยบาย “**หน่วยงานคุณธรรม**” และประกาศเจตจำนงมุ่งสู่การเป็นหน่วยงานคุณธรรม ในการประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๓	- จัดประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้บุคลากรทุกคนของกองบริหารการสาธารณสุขเข้าใจแนวทางการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินการ “**หน่วยงานคุณธรรม**” - จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เพื่อวางแผนดำเนินการพัฒนาให้เป็น “หน่วยงานคุณธรรม” และกำหนด/ทบทวนอัตลักษณ์ โดยนำค่านิยมองค์กรกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) และคุณธรรมที่พึงประสงค์ตามแผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรม กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ๔ ประการ คือ พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา เป็นแนวทาง โดยมติการประชุมเห็นชอบอัตลักษณ์ **“ทีมดี งานเด่น เน้นคุณธรรม”** ของปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ จึงกำหนดเป็นอัตลักษณ์ของปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - จัดทำแผนงาน/โครงการ การดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการและมอบหมายผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหน่วยงานคุณธรรม ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อทบทวนอัตลักษณ์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อตอบสนองอัตลักษณ์ ๓. จัดประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ๔. เผยแพร่ประกาศนโยบาย “หน่วยงานคุณธรรม” ๕. กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานภายในองค์กร ได้แก่ ๕.๑ สวดมนต์ก่อนการประชุม ๕.๒ แต่งกายตามวันที่กำหนด ๕.๓ จิตอาสาในการประชุม ๕.๔ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ๖. อบรมโครงการสุขภาพดีวิถีคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรกองบริหารการสาธารณสุข ๗. โครงการจิตอาสา “ส่งความรักสู่ผู้ป่วย” ๘. ติดตาม กำกับ สรุปผลการดำเนินงาน
๕	ดำเนินการกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ การดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ดังนี้ ๑. จัดประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ๒. เผยแพร่ประกาศนโยบาย “หน่วยงานคุณธรรม” ๓. กิจกรรมการดำเนินงานพร้อมดำเนินการภายในองค์กร ได้แก่ ๓.๑ สวดมนต์ก่อนการประชุม ๓.๒ แต่งกายตามวันที่กำหนด ๓.๓ จิตอาสาในการประชุม ๓.๔ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ๔. อบรมโครงการสุขภาพดีวิถีคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรกองบริหารการสาธารณสุข

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	ผู้นำของหน่วยงานประกาศนโยบาย "**หน่วยงานคุณธรรม**" และประกาศเจตจำนงมุ่งสู่การเป็นหน่วยงานคุณธรรม	**๑**
๒	- ประชุมชี้แจงนโยบายให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานเข้าใจแนวทางการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม - แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานฯ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินการ "**หน่วยงานคุณธรรม**" - คณะกรรมการหรือคณะทำงานฯ ร่วมกันวางแผนดำเนินการพัฒนาให้เป็น "**หน่วยงานคุณธรรม**" - หน่วยงานกำหนด/ทบทวนอัตลักษณ์ โดยนำค่านิยมองค์กรกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) และคุณธรรมที่พึงประสงค์ตามแผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรม กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ๔ ประการ คือ พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา เป็นแนวทาง - จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตอบสนองอัตลักษณ์ โดยบุคลากรทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วม	**๒**
๓	ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม "**หน่วยงานคุณธรรม**"	**๒**

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม	๖	ขั้นตอนที่ ๓	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

๑. จัดทำคำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๔๗/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และคำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๕๔/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๐ เรื่องแก้ไขและเพิ่มเติมคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์การของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินการ **"หน่วยงานคุณธรรม"**

๒. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมอุทัย สุดสุข อาคาร ๗ ชั้น ๕ กองบริหารการสาธารณสุข ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมกลุ่มงานยุทธศาสตร์ อาคาร ๕ ชั้น ๖ กองบริหารการสาธารณสุข ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวางแผนดำเนินการพัฒนาให้เป็น **"หน่วยงานคุณธรรม"** และกำหนด/ทบทวนอัตลักษณ์ โดยนำค่านิยมองค์กรกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) และคุณธรรมที่พึงประสงค์ตามแผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรม กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ๔ ประการ คือ พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา เป็นแนวทาง โดยมติการประชุมเห็นชอบอัตลักษณ์ **"ทีมดี งานเด่น เน้นคุณธรรม"**

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ของปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ จึงกำหนดเป็นอัตลักษณ์ของปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๓. จัดทำแผนงาน/โครงการ การดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ ๓.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการและมอบหมายผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหน่วยงานคุณธรรม ๓.๒ ประชุมคณะกรรมการ เพื่อทบทวนอัตลักษณ์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อตอบสนองอัตลักษณ์ ๓.๓ ประชุมชี้แจงนโยบาย “หน่วยงานคุณธรรม” ให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานเข้าใจ ๓.๔ เผยแพร่ ประกาศนโยบาย “หน่วยงานคุณธรรม” ๓.๕ กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานพร้อมดำเนินการภายในองค์กร ได้แก่ ๑) สวดมนต์ก่อนการประชุม ๒) แต่งกายตามวันที่กำหนด ๓) จิตอาสาในการประชุม ๔) การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ๓.๖ อบรมโครงการสุขภาพดีวิถีคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรกองบริหารการสาธารณสุข ๓.๗ โครงการ จิตอาสา “ส่งความรักสู่ผู้ป่วย” ๓.๘ ติดตาม กำกับ สรุปผลการดำเนินงาน

๔. ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามแผนการดำเนินงาน ดังนี้

๔.๑ จัดประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร ๗ ชั้น ๙ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขประกาศนโยบาย **“หน่วยงานคุณธรรม”** รวมทั้งมีการชี้แจงนโยบายให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานเข้าใจแนวทางการดำเนินการเป็นหน่วยงานคุณธรรม

๔.๒ เผยแพร่ ประกาศนโยบาย “หน่วยงานคุณธรรม” ดังนี้

๔.๒.๑ ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านปัจจัยความสำเร็จขององค์กร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๒๔ – ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๑ โดยผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุขประกาศอัตลักษณ์ **“ทีมดี งานเด่น เน้นคุณธรรม”** และมีการนำเรื่องอัตลักษณ์แทรกในเนื้อหาการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว

๔.๒.๒ การประกาศอัตลักษณ์กองบริหารการสาธารณสุข/ประกาศในเว็บไซต์กองบริหารการสาธารณสุข และติดบอร์ดประชาสัมพันธ์

๔.๓ กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานพร้อมดำเนินการภายในองค์กร ได้แก่ ๖.๓.๑ สวดมนต์ก่อนการประชุม ๖.๓.๒ แต่งกายตามวันที่กำหนด ๖.๓.๓ จิตอาสาในการประชุม ๖.๓.๔ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างสุของค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร ๗ ชั้น ๙ และลานกิจกรรมอาคาร ๓ ชั้น ๑ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔.๔. อบรมโครงการสุขภาพดีวิถีคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรกองบริหารการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๑๐ – ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑ ณ วัดสิงห์สุทธาวาส จังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้บริหารให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของบุคคลากรกองบริหารการสาธารณสุข

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง :

๑. หนังสือกลุ่มงานยุทธศาสตร์ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๒.๒/๑๖๐๓ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๐ เรื่อง การประกาศอัตลักษณ์กองบริหารการสาธารณสุข/ประกาศในเว็บไซต์กองบริหารการสาธารณสุข และติดบอร์ดประชาสัมพันธ์

๒. หนังสือกลุ่มงานยุทธศาสตร์ ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๒.๒/๑๕๕๙ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ เรื่อง ขอเชิญประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	☑ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

๓. รายงานการประชุมชี้แจงนโยบายหน่วยงานคุณธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑/ภาพถ่าย

๔. การให้นโยบายและประกาศอัตลักษณ์หน่วยงานคุณธรรม กองบริหารการสาธารณสุขในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านปัจจัยความสำเร็จขององค์กร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๕. คำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๔๗/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ และคำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข ที่ ๕๔/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๐ เรื่องแก้ไขและเพิ่มเติมคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์การของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

๖. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาองค์กรของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ และวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เพื่อวางแผนดำเนินการพัฒนาให้เป็น “หน่วยงานคุณธรรม” กำหนด/ทบทวนอัตลักษณ์/จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตอบสนองอัตลักษณ์

๗. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๘. จัดโครงการสุขภาพดีตามวิถีคุณธรรม จริยธรรมของบุคลากร ของกองบริหารการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๑๐ – ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑ ณ วัดสิงห์สุทธาวาส จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อกิจกรรมเรื่องเน้นคุณธรรม

๙. การดำเนินการหน่วยงานคุณธรรม ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามแผนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. สวดมนต์ก่อนการประชุม ๒. แต่งกายตามวันที่กำหนด ๓. จิตอาสาในการประชุม ๔. การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

ภาคผนวก

คำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข
ที่ ๕๑/๒๕๖๐
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์
ของกองบริหารการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คำสั่งกองบริหารการสาธารณสุข
ที่ ๕๑ / ๒๕๖๐
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ตามอนุสนธิคำสั่งสำนักบริหารการสาธารณสุข ที่ ๖๙/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ของสำนักบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อจัดทำ ควบคุม กำกับ ติดตามแผนปฏิบัติการประจำปีของกองบริหารการสาธารณสุข และจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองในระดับกระทรวง/สำนักงานปลัดกระทรวง/กองบริหารการสาธารณสุข รวมถึงตัวชี้วัดรายบุคคลของกองบริหารการสาธารณสุข แต่เนื่องจากในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้มีการปรับเปลี่ยนชื่อและโครงสร้างภายในตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหารบางส่วน จึงขอยกเลิกคำสั่งดังกล่าว และแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

๑.	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข			ประธานกรรมการ
๒.	นายพรเพชร	ปัญจปิยะกุล	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานโครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ กระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
๓.	นายวัฒน์ชัย	จรูญวรรธนะ	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ	กรรมการ
๔.	นายอัครพล	ครุรุศาสตรา	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติดและสารเสพติด	กรรมการ
๕.	นางศุภมิตร	ปรีติเขมรัตน์	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาเขตสุขภาพ	กรรมการ
๖.	นายเจริญ	สินธุวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) โรงพยาบาลตราด	กรรมการ
๗.	นางเกวลิน	ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ	กรรมการ
๘.	นางสาวพัชรา	เสถียรพักตร์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานและความร่วมมือระหว่างประเทศ	กรรมการ
๙.	นางสาวพรพิมล	จันทร์คุณาภาส	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ	กรรมการ
๑๐.	นางบุญพลอย	ตุลาพันธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ	กรรมการ
๑๑.	นายจารุวัฒน์	บุษราคัมรุหะ	กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ	กรรมการ

๑๒. นางพัชร์นรินทร์...

๑๒.	นางพัชร์นรินทร์	กีรติกสิกร	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค	กรรมการ
๑๓.	นางอรสา	เข็มปัญญา	หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ	กรรมการ
๑๔.	นางกัญจน์ณัฏฐ์	สังข์นาค	หัวหน้ากลุ่มภารกิจอำนวยการ	กรรมการ
๑๕.	นางวรรณวิภา	ศรีจันทร์เคณ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข	กรรมการ
๑๖.	นางสาวจิรวรรณ	แห้วเพ็ชร	กลุ่มภารกิจอำนวยการ	กรรมการ
๑๗.	นางภานุมาศ	ปั้นสุข	กลุ่มภารกิจอำนวยการ	กรรมการ
๑๘.	นางสาววราภรณ์	อินทร์พงษ์พันธุ์	กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ	กรรมการ
๑๙.	นางมยุรี	เอี่ยมเจริญ	กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค	กรรมการ
๒๐.	นางณัฏฐิณา	รังสินธุ์	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ	กรรมการ
๒๑.	นางสมสินี	เกษมศิลป์	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ	กรรมการ
๒๒.	นางเบญญานีย์	โพธิ์นฤมิตปรีชา	กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ	กรรมการ
๒๓.	นางกนกนาค	หงสกุล	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ	กรรมการ
๒๔.	นางสาวอรรฉราพรรณ	ชมภู่	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการเฉพาะ	กรรมการ
๒๕.	นางปิยาภรณ์	อรชร	กลุ่มงานพัฒนาเขตสุขภาพ	กรรมการ
๒๖.	นางชวนพิศ	อัครปัญญาวิทย์	กลุ่มงานพัฒนาเขตสุขภาพ	กรรมการ
๒๗.	นางนภาเพ็ญ	จันใด	กลุ่มงานโครงการพระราชดำริ และเฉลิมพระเกียรติ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๘.	นางชุติมา	โฉมปรางค์	กลุ่มงานโครงการพระราชดำริ และเฉลิมพระเกียรติ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๒๙.	นางสาวพิมพ์ใจ	บุญจันทร์	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แรงงานและความร่วมมือระหว่างประเทศ	กรรมการ
๓๐.	นางสทิศา	จินตนสนธิ	กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ	กรรมการ
๓๑.	นางสุนี	ชวชลาศัย	กลุ่มงานพัฒนาประสิทธิภาพบริการ	กรรมการ
๓๒.	นางอัจฉรา	วิไลสกุลยง	กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติด และสารเสพติด	กรรมการ
๓๓.	นางสุกัญญา	เตชะโชควิวัฒน์	กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติด และสารเสพติด	กรรมการ
๓๔.	นางณปภัช	นฤคนธ์	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข และหัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	กรรมการและเลขานุการ
๓๕.	นางลินลา	ตุ๊เอี้ยง	หัวหน้างานแผนงบประมาณ กลุ่มงานยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๖.	นางสาวพวงผกา	มะเสนา	หัวหน้างานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๗.	นางสาวสุพัตรา	ต่อศรี	กลุ่มงานยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการ...

ให้คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดทิศทาง จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของกองบริหารการสาธารณสุข ให้สอดคล้อง รองรับบทบาทภารกิจของกองบริหารการสาธารณสุข

๒. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ

๓. จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของกองบริหารการสาธารณสุข

๔. กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

๕. จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองในระดับกระทรวง/สำนักงานปลัดกระทรวง/กองบริหารการสาธารณสุข พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้คณะกรรมการบริหารทราบ รายไตรมาส (๓ เดือน/๖ เดือน/๙ เดือน/๑๒ เดือน)

๖. จัดทำตัวชี้วัดรายบุคคลของกองบริหารการสาธารณสุข

๗. ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกองบริหารการสาธารณสุขในหมวดที่ ๒

๘. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม

๙. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายธีรพงศ์ ตุนาค)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการ

รอบ ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน

(แบบฟอร์ม ๔)

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ❑ **รอบ ๖ เดือน** ❑ **รอบ ๑๒ เดือน**

ชื่อตัวชี้วัด :

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :**
โทรศัพท์:	**โทรศัพท์มือถือ :**

คำอธิบาย :

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

.....

.....

ชื่อตัวชี้วัด	**ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.**		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
.....			

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมิน ๖ เดือนหรือ ๑๒ เดือน***

ระดับคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**ค่าคะแนนที่ได้**
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	**น้ำหนัก (ร้อยละ)**	**ผลการ ดำเนินงาน**	**ค่าคะแนน ที่ได้**	**ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก**
ชื่อตัวชี้วัด.....				

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง :

(แบบฟอร์ม ๔)

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนดำเนินงาน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ❑ **รอบ ๖ เดือน** ❑ **รอบ ๑๒ เดือน**

ชื่อตัวชี้วัด :

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :**
โทรศัพท์:	**โทรศัพท์มือถือ :**

คำอธิบาย :

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน สอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนนสอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๑	
๒	
๓	
๔	
๕	

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**ค่าคะแนนที่ได้**
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	**น้ำหนัก (ร้อยละ)**	**ผลการดำเนินงาน**	**ค่าคะแนนที่ได้**	**ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก**
ชื่อตัวชี้วัด.....				

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง :

(แบบฟอร์ม ๔)

แบบฟอร์มรายงานผลการปฏิบัติราชการสำหรับตัวชี้วัดที่เป็นเชิงผสม (Hybrid)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ☐ **รอบ ๖ เดือน** ☐ **รอบ ๑๒ เดือน**

ชื่อตัวชี้วัด :

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	**ผู้จัดเก็บข้อมูล :**
โทรศัพท์:	**โทรศัพท์มือถือ :**

คำอธิบาย :

ข้อมูลผลการดำเนินงาน : ***ใส่ผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง ตามผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือนสอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนนสอดคล้องกับเกณฑ์การให้คะแนน***

ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๑	
๒	
๓	
๔	
๕	

เกณฑ์การให้คะแนน : ***ใส่เกณฑ์การให้คะแนนตามรอบการประเมินรอบ ๖ เดือนหรือรอบ ๑๒ เดือน***

ขั้นตอนการดำเนินงาน	**เกณฑ์การให้คะแนน**	**ค่าคะแนนที่ได้**
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	**น้ำหนัก (ร้อยละ)**	**ผลการดำเนินงาน**	**ค่าคะแนนที่ได้**	**ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก**
ชื่อตัวชี้วัด.....				

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง :

(แบบฟอร์ม ๔)

แนวทางการเขียนรายงานผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

หัวข้อรายงาน	คำอธิบาย
รอบระยะเวลาการรายงาน	ทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่อง ❑ ให้สอดคล้องกับระยะเวลาของการรายงาน
ชื่อตัวชี้วัด	ระบุชื่อตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)
ชื่อผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด หมายเลขโทรศัพท์	ระบุชื่อผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแล ติดตามการดำเนินงานให้ตัวชี้วัดบรรลุผลสำเร็จ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ทั้งที่สำนักงานและโทรศัพท์เคลื่อนที่ในกรณีที่ต้องปฏิบัติราชการนอกสถานที่ทำงานเป็นประจำ
ชื่อผู้จัดเก็บข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์	ระบุชื่อผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของตัวชี้วัด พร้อมเบอร์โทรศัพท์ทั้งที่สำนักงานและโทรศัพท์เคลื่อนที่ในกรณีที่ต้องปฏิบัติราชการนอกสถานที่ทำงานเป็นประจำ
คำอธิบาย	<u>กรณีตัวชี้วัดภาคบังคับหรือใช้ข้อมูลจากหน่วยงานส่วนกลาง</u> ▪ ใช้คำอธิบายตัวชี้วัดตามคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณนั้น <u>กรณีเป็นตัวชี้วัดที่จัดเก็บข้อมูลเอง</u> ▪ ระบุคำจำกัดความและรายละเอียดเพิ่มเติมของตัวชี้วัดเพื่อให้ผู้ประเมินและผู้ได้รับการประเมินผลมีความเข้าใจที่ตรงกันถึงแนวทางการวัดผลตัวชี้วัด
ข้อมูลผลการดำเนินงาน	ระบุรายละเอียดผลการดำเนินงานตามรอบระยะเวลาของการรายงานของตัวชี้วัด พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลประกอบที่ใช้ในการคำนวณให้ครบถ้วนตามคำนิยามหรือสูตรการคำนวณ
เกณฑ์การให้คะแนน	ระบุเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละตัวชี้วัด ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน - ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด - น้ำหนัก - ผลการดำเนินงาน	▪ ระบุชื่อตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) ▪ ระบุน้ำหนักตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ(รายตัวชี้วัด) ▪ ระบุผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณของตัวชี้วัด ทั้งนี้ต้องมีหน่วยนับเหมือนกับหน่วยของตัวชี้วัด (สำหรับตัวชี้วัดที่มีตัวชี้วัดย่อยมากกว่า 1 ตัวชี้วัด ให้ระบุตัวชี้วัดย่อยพร้อมผลการดำเนินงานให้ครบถ้วน)
- ค่าคะแนนที่ได้	▪ ระบุค่าคะแนนของตัวชี้วัด โดยนำผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดไว้ ▪ กรณี ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ที่มีผลการดำเนินงาน มากกว่าหรือน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และไม่ได้ระบุอยู่ในเกณฑ์การให้คะแนนให้คำนวณค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้

<table>
<tr><th>หัวข้อรายงาน</th><th>คำอธิบาย</th></tr>
<tr><td>- คะแนนถ่วงน้ำหนัก</td><td>
ตัวอย่างเช่น
1. บัญญัติไตรยางค์ (ยิ่งมากยิ่งดี)
<table>
<tr><th colspan="5">ค่าคะแนนที่ได้</th></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td></tr>
</table>
ผลการดำเนินงานที่ได้ คือ ร้อยละ 73
วิธีการคำนวณ $3.0000 + \frac{(73-70)}{(75-70)} = 3.6000$

2. บัญญัติไตรยางค์ (ยิ่งน้อยยิ่งดี)
<table>
<tr><th colspan="5">ค่าคะแนนที่ได้</th></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>54</td><td>52</td><td>50</td><td>48</td><td>46</td></tr>
</table>
ผลการดำเนินงานที่ได้ คือ ร้อยละ 47
วิธีการคำนวณ $4.0000 + \frac{(48-47)}{(48-46)} = 4.5000$
▪ ระบุค่าคะแนนถ่วงน้ำหนักของตัวชี้วัดที่ได้จากการนำค่าคะแนนที่ได้ของตัวชี้วัดมาคูณกับน้ำหนักของตัวชี้วัดหารด้วย 100
</td></tr>
<tr><td>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ</td><td>อธิบายรายละเอียดของการปฏิบัติ/มาตรการที่ได้ดำเนินการสำหรับตัวชี้วัดนี้</td></tr>
<tr><td>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน</td><td>ระบุปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนต่อการดำเนินการสำหรับตัวชี้วัดนี้ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้</td></tr>
<tr><td>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน</td><td>ระบุปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ สำหรับตัวชี้วัดนี้ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้</td></tr>
<tr><td>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป</td><td>ระบุข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้ในปีงบประมาณต่อไป</td></tr>
<tr><td>หลักฐานอ้างอิง</td><td>▪ ระบุถึงชื่อหรือชนิดของหลักฐานที่ใช้อ้างอิง และจำนวนของเอกสารที่ได้จัดส่งมา เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) โดยชนิดของหลักฐานอ้างอิงของแต่ละตัวชี้วัดสามารถดูได้จากคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน/บุคคลฯ ตามหัวข้อแนวทางการประเมินผล
▪ ตัวอย่างหลักฐานอ้างอิง เช่น รายละเอียดของแผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน รายงานการประชุม ภาพถ่าย เป็นต้น</td></tr>
</table>

งานประเมินผล กลุ่มงานยุทธศาสตร์
กองบริหารการสาธารณสุข