

มิติที่ 3

การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 3.1: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : คปสอ. ร้อยละ 6

คำอธิบาย :

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คือ การแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน โดยมีการประชุมประจำทุกเดือน ซึ่งประกอบด้วย

ประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ สาธารณสุขอำเภอ

คณะกรรมการ ผู้แทน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. เทศบาล ศูนย์วิชาการ หน่วยงานสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงอื่นที่ตั้งในพื้นที่ เป็นอย่างน้อย

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ 1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ครบองค์ประกอบ
ระดับ 2	มีการจัดทำแผนและแนวทางการดำเนินงานภาพ คปสอ. ประจำปี 2559
ระดับ 3	มีการประชุมคณะกรรมการฯ และสรุปรายงานการประชุม จำนวน 4 ครั้ง
ระดับ 4	มีการประชุมคณะกรรมการฯ และสรุปรายงานการประชุม จำนวน 6 ครั้ง
ระดับ 5	มีการประชุมคณะกรรมการฯ และสรุปรายงานการประชุม จำนวน 8 ครั้งขึ้นไป

วิธีการประเมิน :

1. คปสอ.แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ประจำปี 2559
2. จัดส่งสรุปรายงานการประชุม ให้ สสจ.นศ.(กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข) ทุกครั้ง
3. ดำเนินการระดับคะแนน 1 - 5 จังหวัดจะประเมินตามหลักฐานที่ คปสอ.รายงานจังหวัด เท่านั้น

ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

นางสุพัตรา นาคแป้น ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ปฏิบัติการ

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข มือถือ 0841885490 โทร. 075 343409 ต่อ 314

ตัวชี้วัดที่ 3.2 : ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : คปสอ. ร้อยละ 2.5

คำอธิบาย :

1. การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ

2. ภาคิเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอหมายถึง คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ประกอบด้วย ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้าน

2.1. ด้านการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน

2.2. ด้านพัสดุ (ตามนโยบายธรรมาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข) ได้แก่ วัสดุสำนักงาน ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม

2.3 ด้านระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง

2.4 ด้านการเงิน

ระดับความสำเร็จการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ของภาคิเครือข่ายตรวจสอบภายในระดับอำเภอ หมายถึง การดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนดโดยแบ่งระดับความสำเร็จเป็น 5 ระดับ

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100 ของภาคิเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอปฏิบัติงานตรวจสอบภายในเสร็จสิ้น

สูตรการคำนวณ : กำหนด $(A/B * 100)$ โดยที่ A = ภาคิเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอปฏิบัติงานตรวจสอบภายในเสร็จสิ้น

B = จำนวนรพ.สต.ของภาคิเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอ (23 อำเภอ)

เกณฑ์การให้คะแนน: กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	<p>จัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ตามความเสี่ยงสอดคล้องนโยบายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ตรวจสอบภายใน โดยใช้แบบสอบถามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน 2) ด้านพัสดุ 3) ด้านระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง 4) ด้านการเงิน <p>แผนการตรวจสอบได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและแจ้งแผนการตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ให้หน่วยรับตรวจทราบ(การตรวจสอบต้องเสร็จสิ้นภายในเดือน พฤษภาคม 2559)</p>
2	<p>การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบที่ได้รับอนุมัติ ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>ร้อยละ 50= 0.20</p> <p>ร้อยละ 60= 0.40</p> <p>ร้อยละ 70= 0.60</p> <p>ร้อยละ 80= 0.80</p> <p>ร้อยละ 90= 1.00</p>
3	แจ้งสรุปผลการตรวจสอบภายในให้หน่วยรับตรวจทราบ
4	<p>จัดทำรายงานผลการตรวจสอบภายใน</p> <p>- รายงานผลการตรวจสอบภายใน เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภายใน 30 วัน หลังเสร็จสิ้นการตรวจสอบ</p>
5	สรุปผลการตรวจสอบภายในภาพรวมของคปสอ. (เชิงผลผลิต ผลลัพธ์) พร้อมข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค ส่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในเดือนมิถุนายน 2559

ประเด็นการตรวจติดตาม

ระดับคปสอ.: ระดับความสำเร็จการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559ของภาคีเครือข่าย
ตรวจสอบภายในระดับอำเภอ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ภาคีเครือข่าย คณะกรรมการ ตรวจสอบ ภายในระดับ อำเภอ	ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอ ดำเนินการตรวจสอบภายใน และประเมินระบบการควบคุมภายใน ตลอดจนมีกระบวนการติดตามหน่วยงานที่ไม่ดำเนินการตาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ภาคีเครือข่ายมีแผนการตรวจสอบภายในประจำปี 2. ภาคีเครือข่ายปฏิบัติตามแผนการตรวจสอบภายใน 3. ภาคีเครือข่ายมีการกำกับ 	<p>หน่วยงานในสังกัด สป.มีกลไกการตรวจสอบภายในอย่างเป็นรูปธรรมคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แผนการตรวจสอบภายในสอดคล้องนโยบาย สป.

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ข้อเสนอแนะรายงานการตรวจสอบภายใน(เจตนาธรรมณ์ : ต้องการให้หน่วยงานมีแผนการตรวจสอบภายในสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวง มีการปฏิบัติตามแผนติดตาม และรายงานผลเชิงผลผลิต ผลลัพธ์	ติดตาม 4. มีการติดตามการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของรายงานการตรวจสอบภายใน 5. มีหลักฐานเชิงประจักษ์การดำเนินการแก้ไข	2. มีการปฏิบัติตามแผน 3. มีการกำกับ ติดตาม และรายงานผลการตรวจสอบเชิงผลผลิต ผลลัพธ์ 4. ข้อเสนอแนะตามรายงานการตรวจสอบภายในได้รับการแก้ไขทุกประเด็น

รายละเอียดการตรวจติดตาม

ลำดับที่	การตรวจติดตาม	รายละเอียด/หลักฐานประกอบการตรวจติดตาม
๑	แผนการตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙	๑. แผนการตรวจสอบภายใน ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ๒. ตรวจสอบภายใน โดยใช้แบบสอบถามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ ๑) ด้านการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ๒) ด้านพัสดุ ๓) ด้านระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ๔) ด้านการเงิน ๓. แผนการตรวจสอบภายในได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ๔. บันทึกการแจ้งแผนการตรวจสอบภายในประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้หน่วยรับตรวจทราบ
๒	การปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน	แบบสอบถามการตรวจสอบภายในรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๓	แจ้งสรุปผลการตรวจสอบภายในให้หน่วยรับตรวจทราบ	๑. เอกสารสรุปผลการตรวจสอบภายในรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ๒. เอกสารแจ้งหน่วยรับตรวจทราบ
๔	รายงานผลการตรวจสอบภายใน	- รายงานผลการตรวจสอบภายใน เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ภายใน ๓๐ วัน หลังเสร็จสิ้นการตรวจสอบ
๕	สรุปผลการตรวจสอบภายใน ภาพรวมของจังหวัด	แจ้งสรุปผลการตรวจสอบภายในภาพรวมของอำเภอ ให้จังหวัดทราบภายในเดือน มิถุนายน ๒๕๕๙

ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

นางอัจฉรา รังสฤษติกุล นักจัดการทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร. 075 343409-10 มือถือ0840579108

E – mail atchara_rs@windowslive.com

ตัวชี้วัดที่ 3.3 : ระดับความสำเร็จของการควบคุมภายใน (โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : โรงพยาบาล ร้อยละ 1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่คณะทำงาน ผู้รับผิดชอบและบุคลากรของหน่วยงานจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการควบคุมภายในด้านประสิทธิภาพและด้านประสิทธิผลของการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน ด้านความเชื่อถือได้ของรายงานทางการเงิน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรี

ความสำเร็จของการควบคุมภายใน จะพิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานในการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ. 2544 ข้อ 6 และแนวทางการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินที่ได้กำหนดเป็นแนวทางไว้

เกณฑ์การให้คะแนน: กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

โรงพยาบาล

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานมีการประเมินระบบควบคุมภายใน ณ วันที่ 30 กันยายน 2558
2	คณะทำงานมีการพิจารณากำหนดความเสี่ยงและกำหนดกิจกรรมปรับปรุงปี 2559 โดยได้จัดทำแบบ ปย 2 ปย 3
3	มีการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน และรายงานความก้าวหน้า รอบ 6 เดือน
4	จัดส่งรายงานผลตามแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
5	จัดทำรายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในครบทั้ง 5 องค์ประกอบ และรายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 (ผลสำเร็จมีหลักฐานเชิงประจักษ์)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ/คณะทำงานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินการควบคุมภายใน พร้อมทั้งมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดทำและติดตามการควบคุมภายใน
2	คณะทำงานมีการพิจารณากำหนดความเสี่ยงและกำหนดกิจกรรมปรับปรุง โดยจัดทำตามแบบ ปย 2 ปย 3
3	มีการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน
4	จัดส่งรายงานผลตามแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
5	จัดทำรายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในครบทั้ง 5 องค์ประกอบ และรายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1.	กลุ่มงานบริหารทั่วไปสสจ.นศ. รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูล
2.	กำหนดให้โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรุปผลการดำเนินงานและรายงานผล

ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

นางอัจฉรา รังสฤษติกุล นักจัดการทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร. 075 343409-10 มือถือ0840579108

E – mail atchara_rs@windowslive.com

ตัวชี้วัดที่ 3.4 : ระดับความสำเร็จของการจัดทำเทียบยอดเงินฝากธนาคาร

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : โรงพยาบาล ร้อยละ 0.5 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 1.5

คำอธิบาย :

งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร หมายถึง งบที่จัดทำขึ้น เพื่ออธิบายถึงผลต่างระหว่างยอดเงินฝากธนาคารในสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของหน่วยงาน และยอดเงินฝากธนาคารตามใบแจ้งยอดเงินฝากธนาคาร ยอดทั้งสองจะมีการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เป็นยอดเงินฝากธนาคารที่ถูกต้องตั้งนั้น เมื่อหน่วยงานวางระเบียบการควบคุมเงินสดโดยนำเงินที่ได้รับฝากเข้าธนาคาร และการจ่ายเงินให้จ่ายเป็นเช็คทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการเปรียบเทียบเงินฝากธนาคาร และเช็คที่ส่งจ่าย ตามที่ปรากฏในบัญชีเงินฝากของธนาคารกับตามที่ปรากฏในสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของหน่วยงานว่าตรงกันหรือไม่ และถ้าไม่ตรงกันเพราะเหตุใด โดยจัดทำงบเทียบยอดเงินฝากธนาคารขึ้น ทั้งนี้ เพื่อปรับปรุงบัญชีเงินฝากธนาคารให้มีจำนวนที่ถูกต้องตั้งนั้น ทุกวันสิ้นเดือนให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทำการตรวจสอบความถูกต้องของเงินฝากธนาคาร และจัดทำงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร เปรียบเทียบ ยอดเงินฝากในบัญชีของธนาคาร ให้ตรงกับยอดเงินฝากในบัญชีเงินฝากธนาคารของหน่วยงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร

ความสำเร็จของการจัดทำเทียบยอดเงินฝากธนาคาร จะพิจารณาจากยอดบัญชีตามรายงานทางการเงินของบัญชีเงินฝากธนาคาร ตรงกับใบแจ้งยอดเงินฝากธนาคาร และมีการจัดทำบัญชีแยกประเภทเกี่ยวกับเงินฝากธนาคาร ทะเบียนคุมเช็ค ทะเบียนจ่ายเช็ค เพื่อเป็นหลักฐานซึ่งเป็นที่มาของยอดบัญชีตามรายงานทางการเงินตามระเบียบของกรมบัญชีกลาง

เกณฑ์การให้คะแนน: กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น

5 ระดับ โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จัดทำทะเบียนคุมเช็ค ทะเบียนจ่ายเช็ค บัญชีเงินฝากธนาคาร
2	จัดทำทะเบียนคุมเช็ค ทะเบียนจ่ายเช็ค บัญชีเงินฝากธนาคาร งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร ถูกต้องตามยอดคงเหลือในสมุดบัญชีของธนาคาร
3	จัดทำทะเบียนคุมเช็ค ทะเบียนจ่ายเช็ค บัญชีเงินฝากธนาคาร งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร ถูกต้องตามยอดคงเหลือในสมุดบัญชีของธนาคาร ถูกต้องและตรงกับรายงานงบทดลองประจำเดือน
4	จัดทำทะเบียนคุมเช็ค ทะเบียนจ่ายเช็ค บัญชีเงินฝากธนาคาร งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร ถูกต้องตามยอดคงเหลือในสมุดบัญชีของธนาคาร ถูกต้องและตรงกับรายงานงบทดลองประจำเดือน เสนอผู้มีอำนาจลงนามทุกเดือน หลังวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
5	จัดทำทะเบียนคุมเช็ค ทะเบียนจ่ายเช็ค บัญชีเงินฝากธนาคาร งบเทียบยอดเงินฝากธนาคาร ถูกต้องตามยอดคงเหลือในสมุดบัญชีของธนาคาร ถูกต้องและตรงกับรายงานงบทดลองประจำเดือน เสนอผู้มีอำนาจลงนามทุกเดือนภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1.	รายงานงบเทียบยอดเงินฝากธนาคารประจำเดือนทุกเดือน
----	---

ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

นายมานะ พรหมราช นักวิชาการเงินและบัญชีกลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร. 075 343409-10 มือถือ 083 502 1432

E – mail : manaprom๒๓๒๓@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ 3.5	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ งบดำเนินงาน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ												
คำนิยาม	<p>-เงินงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หมายถึง เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินดังกล่าวจากการวางฎีกาเบิกจ่ายงบประมาณและทะเบียนคุมยอดการเบิกจ่าย</p> <p>-การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานภาพรวมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานภาพรวมที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับ</p>												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 98												
กลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ												
<p>เกณฑ์การประเมิน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/-2หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="327 1104 1268 1261"> <thead> <tr> <th>หน่วยวัด</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>90</td> <td>92</td> <td>94</td> <td>96</td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>		หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละ	90	92	94	96	98
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
ร้อยละ	90	92	94	96	98								
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<ol style="list-style-type: none"> นางอัจฉรา รังสฤษติกุล นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป นางชวนพิศ วาทิตตพันธ์ จพ.สถิติชำนาญาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข 												

ตัวชี้วัดที่ 3.6	ระดับความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงิน สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ
คำนิยาม	<p>1.ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน หมายถึง ความสามารถพัฒนาและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการมีสมรรถนะ และ ประสิทธิภาพในการบริการ การเงินการคลัง จนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน</p> <p>2.ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2) Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอค่าใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน
เกณฑ์เป้าหมาย	วัดจากระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแต่ละองค์ประกอบ
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>- โรงพยาบาล ส่งรายงานงบทดลองตามผังบัญชีที่ปรับปรุง ปีงบประมาณ 2559 ทางเว็บไซต์กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข (http://hfo.cfo.in.th)ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไปและดาวน์โหลดข้อมูลผ่านการวิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบ และนำเสนอรายงานทางการเงินผู้บริหารทุกเดือน</p> <p>- รพ.ดาวน์โหลดข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)ภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไปมาวิเคราะห์เพื่อนำเสนอที่ประชุมคปสอ.ทุกเดือน</p>
<p>เกณฑ์การประเมิน: กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</p>	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีคณะทำงานบริหารการเงินการคลังและมีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินอย่างน้อยทุกไตรมาส
2	มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นที่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านการเงินการคลังในพื้นที่
3	มีกระบวนการแก้ปัญหา/เสนอแผน/มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายหรือประเด็นที่เป็นปัญหาพร้อมทั้งนำเครื่องมือมาใช้ในการบริหารประสิทธิภาพ เช่น ดัชนี 7 ระดับ ,HGR, Mean Cost ฯลฯ
4	มีการแก้ปัญหาและติดตามแผนบริหารการเงินอย่างต่อเนื่องในทุกไตรมาส
5	มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จหรือเป็นที่ยอมรับ (ผ่านเกณฑ์ดัชนีวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน 7 ระดับ และประสิทธิภาพของกรรมการประเมินระดับกระทรวง)
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>นายวิรุณ คงศรีชายตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน: 075-343409 ต่อ 321, 086-4765954 มือถือ 081-3709430</p> <p>โทรสาร: 075-346940E-mail: winrun14@ gmail.com กลุ่มงานประกันสุขภาพ</p>

ตัวชี้วัดที่ 3.7	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาต้นทุนบริการ (Unit Cost)
คำนิยาม	<p>1.หน่วยบริการในพื้นที่ หมายถึงโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>2.ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึงต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ(total cost)ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอกใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้างในลักษณะ Cost to charge โดยราคา charge ใช้ราคาลูกหนี้ ตามที่กลุ่มประกันแจ้ง</p> <p>3.เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึงค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(mean + 1SD)โดยกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ</p> <p>4.กลุ่มระดับบริการ หมายถึงกลุ่มของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพwww.highthai.orgและhttp://hfo.cfo.in.th</p> <p>5.ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึงประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ 2 องค์ประกอบ</p> <p>1)การจัดระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนลดลง การใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดการลงทุน และการบริหารระบบคลัง และ การจัดซื้อพร้อมเพื่อลดต้นทุน</p> <p>2)การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่าง ๆ กันโดยต้นทุนรวม ทั้งต้นทุนค่าแรง(Labor cost : LC) ต้นทุนวัสดุ(Material cost : MC) ต้นทุนลงทุน(Captial cost : CC) ต้นทุนดำเนินการ(Operating cost: OC) ลดลงอย่างเหมาะสม ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดยต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาล ไม่เกินค่าเฉลี่ยรวมเบี่ยงเบนมาตรฐาน(ไม่เกิน mean+SD) ของกลุ่มระดับบริการ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	วัดจากระดับความสำเร็จของการดำเนินงานแต่ละองค์ประกอบ
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>- โรงพยาบาล ส่งรายงานงบทดลองตามผังบัญชีที่ปรับปรุง ปีงบประมาณ 2559 ทางเว็บไซต์กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กระทรวงสาธารณสุข (http://hfo.cfo.in.th)ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไปเมื่อกระทรวงตรวจสอบและวิเคราะห์ต้นทุนจากงบทดลอง แบบ Quick Method ตามกลุ่มขนาดโรงพยาบาลและประชากรที่รับผิดชอบ แล้ว หน่วยบริการดาวน์โหลดข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ต้นทุนบริการมาพัฒนางาน</p> <p>2.สสจ.นศ.ดาวน์โหลดข้อมูล หลังจากกระทรวงตรวจสอบและวิเคราะห์ต้นทุนจากงบทดลอง แบบ Quick Method ตามกลุ่มขนาดโรงพยาบาลและประชากรที่รับผิดชอบแล้วทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)</p>

เกณฑ์การประเมิน: กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการแต่งตั้งคณะทำงานร่วม (จากแผนกหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้อง) ร่วมรับผิดชอบในการจัดทำต้นทุนบริการ Unit Cost
2	มีแผนการที่จะพัฒนาการจัดทำต้นทุน Unit Cost ไว้ในแผนการดำเนินงานประจำปีของ รพ.
3	มีผู้รับผิดชอบการตรวจสอบข้อมูลบริการเพื่อการจัดทำต้นทุน (Service Data)
4	มีการนำผลการคำนวณต้นทุนบริการแบบ Quick Method เพื่อเสนอต่อผู้บริหาร (ผอ.) อย่างน้อยทุกไตรมาส
5	มีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนแบบ Modified Full Cost ต่อเนื่องจากปี 2558
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>นายคำรพ พรณรายตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน: 075-343409 ต่อ 321, 086-4765954 มือถือ 081-3675009</p> <p>โทรสาร: 075-346940E-mail: khamrop2009@ gmail.com</p> <p>กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช</p>

ตัวชี้วัดที่ 3.8	มูลค่าการจัดซื้อของยา					
คำนิยาม	ยา ตามความหมาย ใน พ.ร.บ.ยา 2510					
เกณฑ์เป้าหมาย	การจัดซื้อของยา ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ยาที่จัดซื้อรวมเขต/จังหวัด					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลในการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2558 2. รวบรวมข้อมูลในการจัดซื้อยาใน ช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2558					
แหล่งข้อมูล	หน่วยจัดซื้อ(โรงพยาบาล)					
รายการข้อมูล 1	A1 = มูลค่าการจัดซื้อยารวม					
รายการข้อมูล 2	B1 = มูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2558					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$					
ระยะเวลาประเมิน	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายทุก 3 เดือน					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data		ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.			
		หน่วยวัด	2556	2557	2558	
	การจัดซื้อของยา	ร้อยละ	-	15	35	
วิธีการประเมินผล	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน	ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน+/-2 หน่วย ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนน ดังนี้					
	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ	31	33	35	37	39
เอกสารสนับสนุน	-					
ผู้รับผิดชอบระดับ จังหวัด	ชื่อ-สกุล นางนิรมล ตันติธรรม โทร. 075-343409 ต่อ 121 กลุ่มงาน/งาน คุ่มครองผู้บริโภค		ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ มือถือ 087-4735991 e-mail : fdanakhon@gmail.com			

ตัวชี้วัดที่ 3.9	มูลค่าการจัดซื้อของเวชภัณฑ์มิใช่ยา																
คำนิยาม	เวชภัณฑ์มิใช่ยา ตามความหมายในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจัดการด้านยา และเวชภัณฑ์มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 2557																
เกณฑ์เป้าหมาย	การจัดซื้อของเวชภัณฑ์มิใช่ยา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30																
กลุ่มเป้าหมาย	เวชภัณฑ์มิใช่ยาที่จัดซื้อรวมเขต/จังหวัด																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> รวบรวมข้อมูลในการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยาในปีงบประมาณ 2559 รวบรวมข้อมูลในการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยาในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2559 																
แหล่งข้อมูล	หน่วยจัดซื้อ (โรงพยาบาล)																
รายการข้อมูล 1	A2 = มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยารวม																
รายการข้อมูล 2	B2 = มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยาทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2559																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A2/B2) \times 100$																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง</th> </tr> <tr> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>15</td> <td>35</td> </tr> </tbody> </table>					หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			2556	2557	2558	ร้อยละ	-	15	35	
หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง																
	2556	2557	2558														
ร้อยละ	-	15	35														
วิธีการประเมินผล	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ทุก 3 เดือน																
เกณฑ์การประเมิน:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>หน่วยวัด</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>31</td> <td>33</td> <td>35</td> <td>37</td> <td>39</td> </tr> </tbody> </table>					หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละ	31	33	35	37	39
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน												
ร้อยละ	31	33	35	37	39												
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>ชื่อ - สกุล นางนิรมล ตันติธรรม ตำแหน่ง เกสซ์การชำนาญการ</p> <p>ชื่อ - สกุล นางสาวณัฐธิดา รอดแก้ว ตำแหน่ง เกสซ์กรปฏิบัติการ</p> <p>โทร. 075-343409 ต่อ 121 มือถือ 081-8938748</p> <p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข</p> <p>e-mail: fdanakhon@gmail.com</p>																

ตัวชี้วัดที่ 3.10 มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา													
คำนิยาม	ความปลอดภัยด้านยา เป็นการตรวจจับ การประเมิน ความเข้าใจ และการป้องกัน อาการไม่พึงประสงค์ หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา												
เกณฑ์เป้าหมาย	คะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 13 ประเด็น มีคะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 3												
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานแบบประเมินตนเอง เรื่อง มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง</th> </tr> <tr> <th>2555</th> <th>2556</th> <th>2557</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนเฉลี่ย</td> <td>3.72</td> <td>3.65</td> <td>3.45</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง			2555	2556	2557	คะแนนเฉลี่ย	3.72	3.65	3.45	
หน่วยวัด	ผลงานจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง												
	2555	2556	2557										
คะแนนเฉลี่ย	3.72	3.65	3.45										
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>หน่วยวัด</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนเฉลี่ย</td> <td>2</td> <td>2.5</td> <td>3</td> <td>3.5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	คะแนนเฉลี่ย	2	2.5	3	3.5	4
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
คะแนนเฉลี่ย	2	2.5	3	3.5	4								
วิธีการประเมินผล	รายงานความปลอดภัยด้านยา 13 เกณฑ์ ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งลงข้อมูลผ่าน http://phdb.moph.go.th/hssd1/umd/HSS_PRARMACY/report/report_3.php												
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>ชื่อ – สกุล นางนิรมล ตันติธรรม ตำแหน่ง เกษีการชำนาญการ</p> <p>ชื่อ – สกุล นางสาวณัฐธิดา รอดแก้ว ตำแหน่ง เกษีชกรปฏิบัติการ</p> <p>โทร. 075-343409 ต่อ 121 มือถือ 081-8938748</p> <p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข e-mail: fdanakhon@gmail.com</p>												

ตัวชี้วัดที่ 3.11	อำเภอมีฐานข้อมูล สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ				
คำนิยาม	<p>ระบบฐานข้อมูลหมายถึง ระบบการจัดเก็บข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจาก แหล่งต่างๆ เพื่อให้มีข้อมูลทั้งระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพและจังหวัดที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงาน โดยข้อมูลครอบคลุมในประเด็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ทั้ง ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน(เช่นมลพิษยืดเชื้อ มลพิษทั่วไป สิ่งปฏิภูล สุขาภิบาลอาหารและน้ำ มาตรการทางกฎหมายสาธารณสุขฯ) และข้อมูลประเด็น พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมใน3กลุ่มหลักคือ1)พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพ จากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย2)พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ3)พื้นที่ ที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพและหนึ่งประเด็นคือประเด็นงานตามนโยบาย รัฐบาล(เช่นพื้นที่ท่องเที่ยวฯ)</p> <p>สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพหมายถึง การรวบรวมข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เกิดขึ้นในรอบปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี รวมทั้งประเด็นสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ที่มีความสำคัญและเป็นที่น่าสนใจ ของประชาชนรวมทั้งการคาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์ในอนาคตพร้อมทั้ง ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน</p> <p>ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพหมายถึง การมีข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมตามประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และนำมา วิเคราะห์ เผยแพร่ รวมทั้งนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา(เช่น การสร้างความร่วมมือกับภาคี เครือข่ายการประเมินความเสี่ยงการสื่อสารเตือนภัยให้กับประชาชนในพื้นที่ และการ พัฒนางานวิจัย ฯลฯ)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	มี/ไม่มี				
กลุ่มเป้าหมาย	สสอ.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบรายงานการประเมินตนเอง อำเภอมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2.จังหวัดนิเทศติดตามปีละ 2 ครั้ง				
วิธีการประเมินผล	อำเภอ จัดเก็บข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และบันทึกในฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินผลโดย งานสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.นศ				
เกณฑ์การประเมิน					
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มี/ไม่มี	-	-	-	-	มีฐานข้อมูล ครบ 2ด้านคือ 1.สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2.ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นายอนุกุล เพชรชนะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 075 343409 ต่อ 122 มือถือ 0817374985 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผล และ รายงานข้อมูลระดับอำเภอ	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง				

ตัวชี้วัดที่ 3.12	อำเภอดำเนินการกับข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อม				
คำนิยาม	ดำเนินการกับข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สาธารณสุขอำเภอมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ เช่น ให้องค์ความรู้ทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประสาน สนับสนุนการดำเนินการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักกฎหมายแห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. 2535				
เกณฑ์เป้าหมาย	มี/ไม่มี				
กลุ่มเป้าหมาย	สสอ.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.แบบรายงานผลการดำเนินการกับข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ 2.จังหวัดนิเทศติดตามปีละ 2 ครั้ง				
วิธีการประเมินผล	อำเภอ จัดเก็บข้อมูลผลการดำเนินการข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่และบันทึก ในฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินผลโดย งานสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สสจ.นศ				
เกณฑ์การประเมิน					
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มี/ไม่มี	-	-	-	-	มีรายงานผลการดำเนินงาน
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นายอนุกุล เพชรชนะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. 075 343409 ต่อ 122 มือถือ 0817374985 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
หน่วยงานประมวลผลและ รายงานข้อมูลระดับอำเภอ	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง				

ตัวชี้วัดที่ 3.13	ร้อยละของเทศบาลทุกระดับมีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน												
คำนิยาม	<p>เทศบาลทุกระดับ หมายถึง เทศบาลนครเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล)</p> <p>มีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน หมายถึง มีการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้มาตรฐานงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและพระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ.2535 และฉบับแก้ไขพ.ศ. 2550 โดยหน่วยงานสาธารณสุข ส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่กรมอนามัยกำหนด(Environmental Health Accreditation :EHA) อย่างน้อย 2 ด้านจาก 4 ด้านคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร 2)ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค 3)ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล 4)ด้านการจัดการมูลฝอย 												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50 ของเทศบาลทุกระดับ												
กลุ่มเป้าหมาย	เทศบาลทุกระดับ												
แหล่งข้อมูล	รพ./สสอ.												
รายการข้อมูล1	A= จำนวนเทศบาลที่ผ่านเกณฑ์รับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม												
รายการข้อมูล2	B= จำนวนเทศบาลทั้งหมด												
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	A/BX 100												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6, 9 และ 12 เดือน												
<p>เกณฑ์การประเมิน:ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- 5 หน่วยต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>หน่วยวัด</th> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> </tbody> </table>		หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ร้อยละ	40	45	50	55	60
หน่วยวัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน								
ร้อยละ	40	45	50	55	60								
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	<p>นายอนุกุล เพชรชนะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>โทร. 075 343409 ต่อ 122 มือถือ 0817374985 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p>												
หน่วยงานประมวลผลและ รายงานข้อมูลระดับอำเภอ	<p>โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง</p> <p>สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง</p>												

ตัวชี้วัด 3.14	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลคุณธรรม หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการบริหารจัดการด้วยความโปร่งใส ซื่อสัตย์ ประหยัด ยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้องบนพื้นฐานทางศีลธรรม วัฒนธรรม และหลักกฎหมาย ตลอดจนให้บริการด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ด้วยความมีน้ำใจ เคารพในศักดิ์ศรีคุณค่าของผู้รับบริการ และบุคคลอื่น ปฏิบัติงานด้วยความสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนและแผ่นดิน</p> <p>ธรรมาภิบาล (good governance) หมายถึง การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี</p> <p>คุณธรรม หมายถึง หลักของความดี ความงาม ความถูกต้อง แสดงออกโดยการกระทำทางกาย วาจา และจิตใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นหลักประจักษ์ในการประพฤติปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม</p> <p>จริยธรรม หมายถึง การอันพึงประพฤติโดยถูกต้องตามสภาพ</p> <p>การเสริมสร้างและพัฒนา หมายถึง การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี การฝึกอบรม การสร้างขวัญและกำลังใจ การจูงใจ การเสริมสร้างและพัฒนาทัศนคติ จิตสำนึก และพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่มีวินัยคุณธรรมจริยธรรม</p> <p>บุคลากร หมายถึง ข้าราชการพลเรือนสามัญ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวในหน่วยงานระดับจังหวัด สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลคุณธรรม ระดับ 5
กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแผนเสริมสร้างและพัฒนาคุณธรรมของบุคลากรในหน่วยงาน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.รายงานการประชุมชี้แจงนโยบาย 2.ประเด็นคุณธรรมร่วมที่บุคลากรในหน่วยงานเลือกและยึดถือปฏิบัติ 3.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ 4.เอกสาร/หลักฐานการดำเนินการตามแผนฯ เช่น โครงการภาพถ่ายกิจกรรมฯ 5.เอกสาร/หลักฐานเกี่ยวกับผลลัพธ์การพัฒนาหน่วยงาน เช่น ผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการประหยัดค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน ฯลฯ 6.เอกสาร/หลักฐานเกี่ยวกับวิเคราะห์ผลการดำเนินการ ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ ปัจจัยที่ทำให้ล้มเหลว และแผนการบริหาร และพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรมในการเสริมปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ และแก้ไขปัจจัยที่ล้มเหลว

เกณฑ์การประเมิน					
ระดับ	ระดับขั้นตอนของความสำเร็จ				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	√				
2	√	√			
3	√	√	√		
4	√	√	√	√	
5	√	√	√	√	√
อธิบายระดับขั้นตอนความสำเร็จ					
ระดับ	ผลการดำเนินการแต่ละขั้นตอน				
1	หน่วยงานประชุมชี้แจงนโยบาย และหาจุดร่วมที่บุคลากรทุกคนตกลงยึดเป็นข้อปฏิบัติในการนำไปพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม”				
2	1. ดำเนินการระดับ 1 และ 2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ 3. จัดทำแผนเสริมสร้างการบริหาร และพัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม”				
3	1. ดำเนินการระดับ 2 และ 2. หน่วยงานดำเนินการตามแผนเสริมสร้างและพัฒนาการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”				
4	1. ดำเนินการระดับ 3 และ 2. หน่วยงานผลลัพธ์การดำเนินการพัฒนาหน่วยงานบริการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”				
5	1. ดำเนินการระดับ 4 และ 2. หน่วยงานมีการประเมินผลการดำเนินการ และปรับปรุงแผนการบริหาร พัฒนา “โรงพยาบาลคุณธรรม”				
ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด	นางอรุณี จำรูญโรจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 075-343409 ต่อ 323 มือถือ 089 - 6460680 e-mail : arunee52@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (งานพัฒนาบุคลากร)				

แบบรายงานการประเมินตนเอง หน่วยงานหรือโรงพยาบาลคุณธรรม (ระบุ).....

ลำดับ	ประเด็น	หน่วยบริการ/โรงพยาบาล	
		ข้อมูล	ข้อมูลเพิ่มเติม
1	หน่วยงานประชุมชี้แจงนโยบายและกำหนดคุณธรรมร่วม (อัตลักษณ์) ขององค์กร (โปรดระบุอัตลักษณ์ในช่วงข้อมูลเพิ่ม)	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
2	แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
3	จัดทำแผนเสริมสร้างการบริหาร และพัฒนาการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
4	หน่วยงานจัดให้มีกิจกรรมตามแผนเสริมสร้างและพัฒนาการเป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
5	ผลลัพธ์การดำเนินการพัฒนาหน่วยงาน ให้เป็น “โรงพยาบาลคุณธรรม”	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
6	ประเมินผลการดำเนินการ	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
7	ปรับแผนการพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....
8	การพัฒนาต่อยอด	<input type="radio"/> มี	ระบุ.....
		<input type="radio"/> ไม่มี	ระบุ.....

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1.1 ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

.....

1.2 ข้อเสนอแนะก่อนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

.....

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

โทร.....

