

รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐
ของ นายแพทย์สุรธรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ตำแหน่ง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)

๑. Promotion & Prevention Excellence

ประเด็น ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๑.	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมายทั้งปีร้อยละ ๘๐	ส่วนกลาง ๑. เยี่ยมเสริมพลัง (Coaching) โดยส่วนกลาง (ทีมผู้ตรวจและทีมกรมอนามัย) ศูนย์อนามัย ๒. อบรมปฏิบัติการนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประจำโรงพยาบาลหลักสูตรเร่งรัด ๓. อบรมทีมวิทยากรระดับเขต เพื่อสนับสนุนการอบรมครูพี่เลี้ยงเด็กศูนย์เด็กเล็ก ๔. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก (DSPM)	๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๔.๑๑ (เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ๒๘๖,๗๕๖ คน เด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการทั้งหมด ๓๐๔,๗๐๔ คน) ๒. จัดทำคำอธิบายคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ในการประเมินให้ชัดเจน ร่วมกับสำนักตรวจและประเมินผลสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิตและสถาบันพัฒนาสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๙ ๓. ผลักดันเครื่องมือ DSPM เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในคู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ ปี ๒๕๖๐ ผ่านเวทีการประชุมจัดทำร่างมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตั้งแต่ กันยายน ๒๕๕๙ - เมษายน ๒๕๖๐	กรมอนามัย	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi.moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			<p>๔. จัดทำคู่มือฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำสถานบริการสาธารณสุข (หลักสูตรเร่งรัด)</p> <p>๕. ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์พัฒนาการเด็กไทยปี ๒๕๖๐ “พัฒนาทักษะผู้ประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM” (ครู ก) วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กทม. โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน ๒๒๐ คน กลุ่มเป้าหมาย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>๖) จัดอบรมพัฒนาทักษะผู้ประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยฉบับปรับปรุง (DSPM) ภายใต้โครงการพัฒนาทีมวิทยากรฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๖-๑๙ มกราคม ๒๕๖๐ และ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๓-๒๖ มกราคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ท กทม.๗. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยง (ครู ก) ให้สามารถถ่ายทอดการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (๐-๕ ปี) และเป็นครูพี่เลี้ยงให้แก่พื้นที่อบรม วันที่ ๒๔-๒๖ กพ.๖๐ จัดร่วมกับสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีกรมการแพทย์ ณ อาคารทีปังกร กาญจนมิตร ผู้เข้าประชุมได้แก่ครูพี่เลี้ยงเขตพื้นที่ ๗๖ จว.และ กทม. รวม จำนวน ๒๒๐ คน</p> <p><u>หมายเหตุ</u> การเยี่ยมเสริมพลัง (coaching) โดยส่วนกลาง (ทีมผู้ตรวจและทีมกรมอนามัย) และศูนย์อนามัย จะดำเนินการในเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๐</p>			

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๒.	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี <u>เป้าหมายทั้งปีร้อยละ ๕๑</u>	<u>ส่วนกลาง</u> ๑. สื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วนและส่งข้อความสั้น (sms) เรื่องอาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีนธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริม ธาตุเหล็กให้แก่หญิงตั้งครรภ์และ พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี	๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน <u>ร้อยละ ๔๙.๖๓</u> (เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๙๔๘,๘๓๖ คน และเด็ก ๐-๕ ปี ที่ซั้่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด ๑,๙๑๑,๘๘๑ คน) ข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ๒. มีการสื่อสารข้อความสั้นด้านโภชนาการ (อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีลูกอายุต่ำกว่า ๖ ปีผ่านเครือข่ายมือถือ DTAC TRUE AIS ๓. มีเนื้อหาความสำคัญของเด็กสูงดีสมส่วน อาหารแม่และเด็ก ยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมทางกาย การนอน สำหรับการสื่อสารในรูปแบบ info graphic animation และ VDO clip ๔. จัดทำApplicationเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กด้วยตนเอง โดย NECTEC ๕. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน แก่ผู้รับผิดชอบงานของศูนย์อนามัย เพื่อขยายผลแนวทางการดำเนินงานให้กับเขตสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	กรมอนามัย	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi.moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๓.	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เป้าหมายทั้งปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน	ส่วนกลาง ๑ . มี ก า ร จั ด ท า ร ำ ง ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๒. มีการแต่งตั้งคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	๑. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีเท่ากับ ๒๗.๔ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน (ข้อมูลรอบ ๕ เดือนแรกจากระบบ HDC) ๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจัดทำร่างยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติพ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙เสนอคณะรัฐมนตรี - จัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ และประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติ ๓. ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพและเสนอคณะรัฐมนตรี โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์พัฒนามาตรการ เจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และประสานกระทรวงต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติ ๔. คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ ๓ คณะได้แก่ ๑) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๒) คณะอนุกรรมการพัฒนากฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบและแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๓) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร	กรมอนามัย	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi.moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		<u>หมายเหตุ</u> สามารถคิดอัตรารายไตรมาสที่คงที่ได้โดยใช้เป้าหมาย ๔๒/๑๐๐๐ ประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ทุกรอบ เนื่องจากอัตราการคลอดมีชีพไม่ใช้ในการหาอัตราสะสม แต่เป็นอัตราการคลอดในช่วงเวลานั้นๆ โดยในแต่ละไตรมาส สามารถปรับตัวหารด้วยการเฉลี่ยจำนวนประชากรเป็น ทุก ๓ เดือน จึงคิดคำนวณอัตราในรอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ ได้คงที่ เช่น ในรอบ ๓ เดือน ตัวหารเท่ากับ จำนวนประชากรกลางปีเฉลี่ย ๓ เดือน (จำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี คูณ ๓ เดือน หารด้วย ๑๒ เดือน)				

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๔.	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ร้อยละ ๕๐	ส่วนกลาง - ออกกฎระเบียบ/จัดทำคู่มือและมาตรฐาน การดำเนินงาน - ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทีมประเมิน - มีแผนบูรณาการ ๓S ในกระทรวง	๑. ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน <u>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๔๐.๓</u> (ตำบล LTC <u>ผ่านเกณฑ์ ๑,๗๑๘ ตำบล</u> จากจำนวนตำบลที่ <u>เข้าร่วมโครงการ ๔,๒๓๐ ตำบล</u>) ๒. Strategy ๓ S : <u>Social</u> การมีส่วนร่วม - ร้อยละ ๓๐ ของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ - ร้อยละ ๑๐๐ ศพอส. (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ) ผ่านเกณฑ์ (๘๗๙ แห่ง) <u>Security</u> มั่นคงปลอดภัย - ผู้สูงอายุ (๖๐-๖๙ ปี) ที่ต้องการมีงานทำ ได้รับการส่งเสริมให้มีงานทำร้อยละ ๒๐ - ร้อยละ ๒๐ เข้าถึงระบบบริการทางสังคมเพิ่มขึ้น <u>Strong</u> สุขภาพแข็งแรง - อัตรา Healthy Aging เพิ่มขึ้น (๑ จังหวัด ต่อ ๑ แห่ง) - ร้อยละ ๑๐๐ จัดตั้งคลินิก/หน่วยบริการผู้สูงอายุคุณภาพในรพ.ที่มีขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป - ร้อยละ ๑๐ รพ.สต.มีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ - ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีระบบ LTC ในชุมชน มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ ๓. มีการจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ โดยตำบล LTC เป็น Entry point	กรม อนามัย	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi.moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			๔. จัดทำคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			

ประเด็น ๒ การป้องกันควบคุมโรค

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๕.	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เขตสุขภาพที่ ๑, ๖, ๗, ๘, ๙,๑๐) <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ร้อยละ ๘๐ (๑๖๘ ตำบล จาก ๒๐๙ ตำบล)	ร้อยละ ๓๐ (๖๓ ตำบล)	ผลการดำเนินงานภาพรวม <u>ร้อยละ ๓๐.๑๔ (๖๓ ตำบล)</u> แยกรายเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๑: ร้อยละ ๗.๖๕ (๑๖ ตำบล) เขตสุขภาพที่ ๖: ร้อยละ ๐.๙๖ (๒ ตำบล) เขตสุขภาพที่ ๗: ร้อยละ ๑.๙๑ (๔ ตำบล) เขตสุขภาพที่ ๘: ร้อยละ ๕.๗๔ (๑๒ ตำบล) เขตสุขภาพที่ ๙: ร้อยละ ๗.๑๘ (๑๕ ตำบล) เขตสุขภาพที่ ๑๐: ร้อยละ ๖.๗๐ (๑๔ ตำบล)	กรมควบคุมโรค	แบบฟอร์ม รายงาน/ Https://cloud.cas cap.in.th	Https://cloud.casc ap.in.th/ Http://healthkpi. moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๖.	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ร้อยละ ๘๕	มาตรการที่ ๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย - ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอเป้าหมายได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (๑๑๖ อำเภอ)	- อำเภอเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง <u>จำนวน ๔๔ อำเภอ คิดเป็น ร้อยละ ๒๐.๔๔</u> ** สาเหตุที่ผลการดำเนินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ดำเนินการตามมาตรการนี้ อยู่ระหว่างการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และหน่วยงานส่วนใหญ่มีแผนที่จะดำเนินการในไตรมาสที่ ๓-๔ ซึ่งบูรณาการกับแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ของหน่วยงาน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๐)	กรมควบคุมโรค	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi.moph.go.th
		มาตรการที่ ๒ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ ๒.๑. การเร่งรัดการรายงานและความครอบคลุมของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค - ร้อยละ ๖๐ ของโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม TBCM ๒๐๑๐หรือโปรแกรม TBCM Online	<u>ร้อยละ ๙๙.๖๗</u> (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๐)			

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)				
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		<p>๒.๒. การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate)</p> <p>- อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</p>	<p>อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เท่ากับ ร้อยละ ๕๒.๙๓</p> <p><u>สาเหตุที่ผลการดำเนินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</u></p> <p>การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษา จะต้องสอดคล้องกับแนวทางการรายงานผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ของผู้ป่วยใหม่และรักษาซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ๖-๙ เดือนที่ผ่านมา (TBo๗/๑) ที่จะต้องใช้ระยะเวลาในการสรุปผลการเปลี่ยนของผลเสมหะจากบวกเป็นลบ ประมาณ ๖-๙ เดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละ cohort เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีระยะเวลา</p>			

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			ในการรักษาและประเมินผลไม่เท่ากัน อีกทั้งการรายงานจะต้องรอผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการชั้นสูตรวัฒนธรรมเพื่อ ยืนยันและนำมารายงานในโปรแกรม TBCM จึงส่งผลทำให้อัตราการเปลี่ยน ของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) มีค่าต่ำกว่าเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ ๘๕ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๐)			
		หมายเหตุ ๑. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) ๒. ช่วงเวลาในการประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) คือ ไม่เกิน ๑๕ วัน หลังสิ้นไตรมาสที่ ๒, ๓ และ ๔				
		๒.๓. การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล คุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค(QTB) - ร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) เป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB ในปี ๒๕๖๐ (๑๑๖ โรงพยาบาล)	- โรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) เป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB จำนวน ๒๐ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๘.๖๖ ** สาเหตุที่ผลการดำเนินไม่เป็นไปตาม เป้าหมาย เนื่องจากหน่วยงานในระดับ พื้นที่ที่ดำเนินการตามมาตรการนี้ มีแผนที่จะ ดำเนินการในไตรมาสที่ ๓-๔ ซึ่งบูรณา การกับแผนปฏิบัติราชการประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๐ ของหน่วยงาน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๐)			

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		๒.๔. การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) - ร้อยละ ๔๐ ของเรือนจำเป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐานQTBP ในปี ๒๕๖๐ (๓๑ เรือนจำ)	- เรือนจำเป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐาน QTBP <u>จำนวน ๕ แห่ง</u> คิดเป็น <u>ร้อยละ ๖.๔๙</u> ** สาเหตุที่ผลการดำเนินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ดำเนินการตามมาตรการนี้ มีแผนที่จะดำเนินการในไตรมาสที่ ๓-๔ ซึ่งบูรณาการกับแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ของหน่วยงาน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๐)			
		<u>หมายเหตุ</u> ๑. การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) • โรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) ที่มีผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี ๒๕๕๙ จะนับว่าผ่านการประเมินในปี ๒๕๖๐ • การกำหนดโรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) เป้าหมายในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ในปี ๒๕๖๐ เลือกจากโรงพยาบาลที่ผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี ๒๕๕๙ อย่างน้อย ๓ โรงพยาบาลต่อจังหวัด ๒. การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) • เรือนจำที่มีผลการประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ผ่านเกณฑ์การประเมินในปี ๒๕๕๙ จะนับว่าผ่านการประเมินในปี ๒๕๖๐ • การกำหนดเรือนจำเป้าหมายที่ประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP) ในปี ๒๕๖๐ โดยเลือกเรือนจำ ๑ แห่งต่อจังหวัด • กรณีในจังหวัดที่มีเรือนจำเป้าหมายที่เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงมีขนาดปัญหาของผู้ป่วยสูง สามารถเลือกเรือนจำเป้าหมายมากกว่า ๑ แห่งต่อจังหวัดได้ ๓. การคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง คัดเลือกจากอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดจำนวน ๓ อำเภอ/จังหวัด				

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		๔. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. ที่มาของข้อมูลจากเอกสาร (ร่าง) แผนงานวัณโรค สำนักวัณโรค, เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค ปี ๒๕๖๐ (๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๙)				
๗.	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน	จำนวนไม่เกิน ๖,๒๐๑ คน	<u>ผลการดำเนินงานภาพรวม</u> ภาพรวมประเทศ (ไม่รวม กทม.) = อัตราตาย ๘.๘ ต่อประชากรแสนคน (๕,๒๖๔/๕๙,๕๙๓,๑๓๓) ภาพรวมประเทศ (รวม กทม.) = อัตราตาย ๘.๒ ต่อประชากรแสนคน (๕,๓๕๕/๖๕,๒๐๘,๘๒๘) <u>แยกรายเขตสุขภาพ</u> เขตสุขภาพที่ ๑: ๑๑.๔ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๒: ๑๐.๐ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๓: ๗.๖ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๔: ๙.๖ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๕: ๙.๘ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๖: ๑๑.๙ ต่อประชากรแสนคน	กรมควบคุมโรค	แบบฟอร์ม รายงาน <u>ที่มา</u> สำนักทะเบียน ราษฎร กรมการ ปกครอง กระทรวง มหาดไทย <u>รวบรวมและ</u> <u>วิเคราะห์โดย :</u> กลุ่มข้อมูล ข่าวสาร สุขภาพ ๑ กลุ่มภารกิจ ด้านข้อมูล ข่าวสาร สุขภาพ สนย.	HDC/ Http://healthkpi. moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เขตสุขภาพที่ ๗: ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๘: ๕.๖ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๙ : ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๑๐: ๙.๙ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๑๑: ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ ๑๒: ๖.๔ ต่อประชากรแสนคน			
๘.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ๑. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ ๒.๕ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ๒. ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ ๕.๐ ต่อปี เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๙	- คัดกรอง DM, HT อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษา ลดเสี่ยง ≥ ร้อยละ ๘๐	- คัดกรอง DM <u>ร้อยละ ๗๘.๐๘</u> - คัดกรอง HT <u>ร้อยละ ๗๙.๗๓</u>	กรมควบคุมโรค	แบบฟอร์มรายงาน	Http://healthkpi.moph.go.th

ประเด็น ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๑ (รอบ ๓ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๓ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๙.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ (Green & Clean Hospital) <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ร้อยละ ๗๕ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	- ร้อยละ ๓๐ ของโรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospitalระดับพื้นฐาน <u>ร้อยละ ๔๐.๕๖</u> (จำนวน รพ. ผ่านเกณฑ์ ๓๘๙ แห่ง จาก รพ.ทั้งหมด ๙๕๙ แห่ง)	กรมอนามัย	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi. moph.go.th

๒. Service Excellence

ประเด็น ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๑๐.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้น ทะเบียน ได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ≥ ร้อยละ ๘๐	- ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน CVD Risk ร้อยละ ๔๐	<u>ร้อยละ ๖๖.๑๑</u>	กรม ควบคุมโรค	แบบฟอร์ม รายงาน	HDC/ Http://healthkpi. moph.go.th

ประเด็น ๗ การพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๑๑.	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ร้อยละ ๗๐	๑. บุคลากรทุกระดับ ทีม สนับสนุน ECS คุณภาพ ได้รับ การอบรมตามหลักสูตร ICS/ HOPE/ MERT/Mini MERT/CLS ๒. เครือข่าย ECS ทุกภาค ส่วนมี การประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และดำเนินการตาม แนวทางพัฒนา ECS คุณภาพที่ มุ่งเน้น ปี ๒๕๖๐	มีการดำเนินการ ดังนี้ ๑. มีการอบรม HOPE เรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒ ครั้ง <u>ครั้งที่ ๑</u> เขตสุขภาพที่ ๑-๖ วันที่ ๒๘ ก.พ. - ๓ มี.ค. ๒๕๖๐ <u>ครั้งที่ ๒</u> เขตสุขภาพที่ ๗-๑๒ วันที่ ๒๐ - ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๐ ๒. มีการอบรม CLS (ผู้เข้าอบรมจากเขตสุขภาพที่ ๑๑, ๑๒, ๕, ๖, ๗) เมื่อวันที่ ๘ - ๑๐ มี.ค. ๒๕๖๐ มีผู้เข้ารับการอบรม ๒๑ คน ๓. มีการอบรม MERT ภาคทฤษฎี เมื่อวันที่ ๑๔ - ๑๗ ก.พ. ๒๕๖๐ จำนวน ๑๐ ทีม และเตรียม อบรมภาคสนาม ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๘ พ.ค. ๒๕๖๐ ๔. ดำเนินการเผยแพร่แบบประเมินการ ดำเนินงานตามแนวทางพัฒนา ECS เมื่อวันที่ ๓๐ ธ.ค. ๒๕๕๙ และเตรียมดำเนินการถ่ายทอดองค์ ความรู้ด้านการประเมิน ECS ดังนี้ - เขตสุขภาพที่ ๑ - ๓, ๖, ๗, ๑๑ ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ เม.ย. ๒๕๖๐ - เขตสุขภาพที่ ๔, ๕, ๘, ๙, ๑๐, ๑๒ ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๘ เม.ย. ๒๕๖๐	กรม การแพทย์	แบบฟอร์ม รายงาน	Http://healthkpi. moph.go.th

๔. Governance Excellence

ประเด็น ๑๑ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๑๒.	ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ๑.สาเหตุการเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (ill Defined) ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ๒. ข้อมูลบริการสุขภาพคุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐาน ๔๓ แฟ้มตามเอกสารประเมินคุณภาพข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	๑. ร้อยละของจังหวัด ที่มีการจัดอบรมและฟื้นฟูคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. VDO Conference เพื่อ M&E และ KM ๓. ร้อยละของหน่วยบริการส่งครบถ้วน-ทันเวลาของข้อมูลบริการสุขภาพตามโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม มา HDC จังหวัด/กระทรวง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๔. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	๑. ร้อยละของจังหวัดที่มีการจัดอบรมและฟื้นฟูคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย(ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐) <u>จำนวน ๒๑ จังหวัด</u> คิดเป็น <u>ร้อยละ ๒๘</u> และมีการรายงานสถานการณ์ข้อมูล Ill-define เป็นรายเดือนให้จังหวัดผ่านทาง FTP ๒. VDO Conference เพื่อ M&E และ KM ประจำทุกเดือนตั้งแต่ ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐ ๓. ร้อยละของหน่วยบริการส่งครบถ้วน -ทันเวลาของข้อมูลบริการสุขภาพตามโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม มา HDC จังหวัด/กระทรวง มีหน่วยบริการส่งครบถ้วนทันเวลา <u>ร้อยละ ๙๙.๘๒</u> ๔. <u>ไม่มีรายงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ</u>	สนย.สป.	แบบฟอร์มรายงาน	Http://healthkpi.moph.go.th

ประเด็น ๑๓ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
๑๓.	ร้อยละของผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ <u>เป้าหมายทั้งปี</u> ร้อยละ ๒๐	๑. เชื่อมโยงและขยายเครือข่ายการดำเนินงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ๒. สนับสนุนให้เกิดผลงานวิจัย/R๒R ของหน่วยงานด้านสุขภาพ ๓. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัย	๑. ยกระดับความสามารถทีมสนับสนุนงานวิจัย (R๒R Facilitator Advance Course) ได้ทีมสนับสนุนงานวิจัย <u>ครบทั้ง ๗๕ จังหวัด</u> (จัดอบรม วันที่ ๑-๓ มี.ค. ๒๕๖๐) ๒. จัดอบรมเพิ่มศักยภาพบรรณาธิการ/สังกัด สป.กรมต่างๆ และสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย/ เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบการจัดเก็บ พัฒนาเป็น E-Journal และได้ มาตรฐาน ๕๖ แห่ง (จัดอบรม วันที่ ๒๑-๒๓ ธ.ค.๒๕๕๙) ๓. สนับสนุนวิจัย/R๒R ระดับจังหวัดเช่น จังหวัดสกลนคร ครั้งที่ ๑ (๑๕-๑๗ ก.พ.๒๕๖๐) ครั้งที่ ๒ (๔-๕ เม.ย.๒๕๖๐) - สนับสนุนผ่าน ๑๒ เขตสุขภาพ โดยการตรวจราชการ - ได้ผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรม การแพทย์และสาธารณสุขพร้อมต่อยอดเชิงพาณิชย์ ๑๐ โครงการได้รับการพิจารณาจากกระทรวงวิทยาศาสตร์ ๕ โครงการ	สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.	แบบฟอร์มรายงาน	Http://healthkpi.moph.go.th

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			<p><u>ผลการดำเนินงานเพิ่มเติม</u></p> <p>๔. แต่งตั้งคณะกรรมการและจัดประชุม แนวทางการดำเนินพัฒนางาน ด้านทรัพย์สินทางปัญญา (IP) ของ สป. ครั้งที่ ๑ (๒ ก.พ.๒๕๖๐) และจัดทำ (ร่าง) แนวทางการดำเนินพัฒนางานด้าน ทรัพย์สินทางปัญญา</p> <p>๕. จัดประชุมปฏิบัติการจัดความรู้ เพื่อให้ บุคลากรมีความตระหนักให้มีความสำคัญ เกิดเป็นวัฒนธรรมการทำงานเชิงรุก และ มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ นำเสนอผลงานการจัดการความรู้ (KM) สธ. (จัดประชุม วันที่ ๑๔-๑๕ ก.พ. ๒๕๖๐)</p> <p>ได้องค์ความรู้ ๑๑ เรื่อง</p> <p>๖. จัดประชุมระดมสมอง สป./ กรม / เขตสุขภาพ และประธานและเลขานุการ คณะกรรมการงานวิจัย/R๒R/KM ทั้ง ๑๒ เขตสุขภาพ ในการจัดทำระบบ ฐานข้อมูลผลงานวิจัย/R๒R/KM ด้านสุขภาพ ระดับประเทศ (จัดประชุม วันที่ ๒๑ มี.ค.๒๕๖๐)</p>			

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ไตรมาส ๒ (รอบ ๖ เดือน: ๑ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)		ผู้รายงาน	แหล่งข้อมูล รอบ ๖ เดือน	แหล่งข้อมูล รอบ ๑๒ เดือน
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			๗. จัดทำข้อเสนอ Key Issues ด้านการวิจัยและนวัตกรรมที่รัฐบาลมีนโยบายเร่งขับเคลื่อนการปฏิรูปให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านความสามารถในการแข่งขัน/ การสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม/ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ/ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน/ด้านความมั่นคง/ด้านการสร้างความเติบโตคุณภาพชีวิต			