

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน มีการแก้ไขปัญหาหรือผลงาน มากกว่า 25.5 ต่อการเกิดมีชีพขึ้นไป	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model หรือ ผลงาน มากกว่า 17 แต่ไม่เกิน 25.5 ต่อการเกิดมีชีพ	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/
		2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน มีการคัดกรองพัฒนาการ ผลงาน น้อยกว่าร้อยละ 43	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 43 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 85.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มากกว่า เท่ากับร้อยละ 86	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/
		3	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 64	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน มีการคัดกรองสูงดีสมส่วน ผลงาน น้อยกว่า ร้อยละ 32	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 32 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 63.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 64	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/
		4	ร้อยละของเด็กอายุ 6- 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน มีการคัดกรองสูงดีสมส่วน ผลงาน น้อยกว่าร้อยละ 28.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 28.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 56.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มากกว่า เท่ากับร้อยละ 57	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/
		5	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 15	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน มีการคัดกรองสูงดีสมส่วน ผลงาน น้อยกว่าร้อยละ 7.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 7.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 14.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มากกว่า 15	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	6	ส่งเสริมการมีบุตร (2 KPIs) 1) ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร 2) ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรอง IEM (40 โรค) ร้อยละ 50	ร้อยละ100 ของ โรงพยาบาลสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน ผลงาน 1.โรงพยาบาลใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร น้อยกว่าร้อยละ 50 2.ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรค IEM น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน1.โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ 50 - 99.99 2.ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรค IEM ร้อยละ 25 - 49.99	1.โรงพยาบาลใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ 100 2.ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรค IEM ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		7	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี อัตราการตายทารกแรก เกิดอายุน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 28 วัน มากกว่า 5.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิด มีชีวิต	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมากกว่าหรือ เท่ากับ 3.60 แต่ไม่ เกิน 5.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน น้อยกว่า 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	8	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 21 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การแก้ไขปัญหา หรือผลงาน มากกว่า 31.5 ต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model หรือ ผลงาน มากกว่า 21 แต่ไม่เกิน 31.5 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่เกิน 21 ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัย เสี่ยงด้านสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	9	1) ร้อยละของวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มี ดัชนีมวลกายปกติ 2) วัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2) 3) วัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีการ เตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดย การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 53 ร้อยละ 57 ร้อยละ 48.68	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายผลงาน 1.ดัชนีมวลกายปกติ น้อยกว่า ร้อยละ 26.5 2.รอบเอว น้อยกว่า ร้อยละ 28.5 3.เตรียมการเพื่อยาม ผู้สูงอายุ น้อยกว่า ร้อยละ 24.34	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.ดัชนีมวลกายปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26.5 แต่ไม่เกินร้อย ละ 52.99 2.รอบเอวปกติ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 28.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 56.99 3.เตรียมการเพื่อยาม ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 24.34 แต่ไม่ เกินร้อยละ 48.67	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.ดัชนีมวลกายปกติ ≥ ร้อยละ 53 2.รอบเอวปกติ ≥ ร้อยละ 57 3.เตรียมการเพื่อยาม ผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 48.68	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		10	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง 1) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน 2) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดัน โลหิตสูง	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายผลงาน คัดกรอง 1.โรคเบาหวาน น้อย กว่าร้อยละ 45 2.โรคความดันโลหิต สูง น้อยกว่า ร้อยละ 45	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานคัดกรอง 1.โรคเบาหวาน ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกินร้อยละ 89.99 2.โรคความดันโลหิต สูง ไม่น้อยกว่าร้อย ละ 45 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 89.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานคัดกรอง 1.โรคเบาหวาน น้อยกว่าร้อยละ 45 มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 90 2.โรคความดันโลหิต สง มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 90	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่ม สงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดัน โลหิตสูง (2 KPIs) 1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 72 ≥ ร้อยละ 85	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายผลงาน 1.โรคเบาหวาน น้อย กว่าร้อยละ 36 2.โรคความดันโลหิต สูง น้อยกว่า ร้อยละ 42.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.โรคเบาหวาน ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 36 แต่ไม่เกินร้อยละ 71.99 2.โรคความดันโลหิต สูง ไม่น้อยกว่าร้อย ละ 42.5แต่ไม่เกิน ร้อยละ 84.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.โรคเบาหวาน มากกว่าเท่ากับ ร้อย ละ 72 2.โรคความดันโลหิต สง มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 85	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		12	ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไก เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผลงานน้อยกว่าร้อย ละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		13	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ 71	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ความรู้ด้าน สุขภาพน้อยกว่าร้อย ละ 35.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35.5 แต่ไม่เกินร้อย ละ 70.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานร้อยละ 71	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	14	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดีน้อยกว่าร้อยละ 20	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้ป่วย โรคเบาหวานควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 แต่ไม่เกินร้อยละ 39.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้ป่วย โรคเบาหวานควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		15	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี ≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันได้ดี น้อยกว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความ ดันได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความ ดันได้ดี ร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	16	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 96.75	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันได้ดี น้อยกว่าร้อยละ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้สูงอายุที่ไม่ มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 48.38 แต่ไม่เกินร้อย ละ 96.74	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้สูงอายุที่ไม่ มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 96.75	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		17	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 50 ≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุน้อย กว่าร้อยละ 25 2) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุน้อย กว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99 2) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุ ร้อย ละ 50 2) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุ ร้อย ละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี คลินิกผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์คุณภาพการ บริการ น้อยกว่าร้อย ละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน คลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนานามยสิ่งแวดลอม ในโรงพยาบาล	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	19	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามย สิ่งแวดลอมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้น ไป) (3 KPIs) 1) ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 60 2.) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและ เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) จังหวัดละ 1 แห่ง	ร้อยละ 60 จังหวัดละ 1 แห่ง	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี 1) โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ 30 2) มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาล คาร์บอนต่ำและเท่า ทันการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 2) มีการขับเคลื่อน โรงพยาบาล คาร์บอนต่ำและเท่า ทันการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐานขึ้น ไปร้อยละ 60 2) การพัฒนา โรงพยาบาล คาร์บอนต่ำและเท่า ทันการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ จังหวัดละ 1 แห่ง	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและการแพทย์	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	20	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการ ส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต น้อยกว่าร้อยละ 45	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ได้รับการ ส่งเสริมและได้รับ การอนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกินร้อยละ 89.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ได้รับการ ส่งเสริมและได้รับ การอนุญาต ร้อยละ 90	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		21	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ 35	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมีสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 17.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 17.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 34.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด ร้อยละ 35	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	22	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ 20	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน การเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 20	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		23	จำนวนศูนย์ Wellness (Wellness Center)/ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง	70 แห่ง	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมีจำนวนศูนย์ Wellness ไม่น้อยกว่า 35 แห่ง	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนศูนย์ Wellness ไม่น้อยกว่า 35 แห่ง แต่ไม่เกิน 69 แห่ง	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนศูนย์ Wellness 70 แห่ง	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	24	เศรษฐกิจสุขภาพ 1) Health cities model 2) รับรอง Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาตใหม่ 4) ผู้ผ่านอบรม Care assistance ประกอบอาชีพและสร้างรายได้ -Care giver -นวดไทยเพื่อสุขภาพ	1 แห่ง/เขตสุขภาพ 1 จังหวัด ร้อยละ 60 ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมี 1) Health City 2) Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์ชุมชนได้รับอนุญาตไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 4) มีการจัดอบรม Care assistance ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) Health City 2) Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์ชุมชนได้รับอนุญาตไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 4) มีการจัดอบรม Care assistance ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) Health City 2) Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาตใหม่ร้อยละ 60 4) ผู้ผ่านอบรม Care assistance ประกอบอาชีพและสร้างรายได้ ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		25	นักท่องเที่ยวปลอดภัย 1) จังหวัดนำร่องดำเนินการตามมาตรการขับเคลื่อนพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดภัยและภัยสุขภาพ (ศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ) 2) มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาฉุกเฉินการแพทย์ทางอากาศ (One region One sky Doctor)	จังหวัดนำร่อง 1 จังหวัด (อุดรธานี) จังหวัดนำร่อง 1 รพ. (รพ.อุดรธานี)	มีการกำหนดจังหวัดนำร่อง มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน และชี้แจงผู้เกี่ยวข้องทราบ	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีแนวทาง/แผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ / ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบสาธารณสุขฉุกเฉิน / การประเมินและรับรองที่พักและอาหารปลอดภัย / สถานพยาบาลในพื้นที่ท่องเที่ยว	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จังหวัดนำร่องดำเนินการตาม 4 มาตรการ จนเกิด - ศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ - One region One sky Doctor	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	26	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 87	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี อำเภอผ่านเกณฑ์ การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีคุณภาพ น้อยกว่า ร้อยละ 43.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 43.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 86.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อย ละ 87	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	27	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	515 หน่วย	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีการขับเคลื่อน การดำเนินงาน หรือ มีจำนวนการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิน้อย กว่า 257 หน่วย	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจำนวนการ จัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 257 หน่วย แต่ไม่เกิน 514 หน่วย	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนการ จัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ 515 หน่วย	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		28	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ 80	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีการขับเคลื่อน การดำเนินงาน หรือ มีชุมชนมีการ ดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน น้อย กว่าร้อยละ 40	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานชุมชนมีการ ดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกินร้อยละ 79.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ชุมชนมีการ ดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน ร้อยละ 80	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		29	จำนวนอำเภอสุขภาพดี	ร้อยละ 84	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีจำนวนอำเภอ สุขภาพดี น้อยกว่า ร้อยละ 42	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนอำเภอสุขภาพดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42 แต่ไม่เกินร้อยละ 83.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวน อำเภอสุขภาพดี ร้อย ละ 84	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/
		30	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65	ร้อยละ 65	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมี อสม. มี ศักยภาพในการ จัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล น้อยกว่าร้อยละ 32.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อสม. มีศักยภาพในการ จัดบริการปฐมภูมิขั้น พื้นฐานโดยใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลไม่ น้อยกว่าร้อยละ 32.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 64.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อสม. มี ศักยภาพในการ จัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลร้อย ละ 65	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคหลอดเลือดสมอง	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	31	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke unit (2 KPIs) 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 2) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ 7 ≥ ร้อยละ 80	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมี 1.อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง >ร้อยละ 10.5 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มี อาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาใน Stroke Unit <ร้อยละ 40	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.อัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ≥ ร้อยละ 7 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 10.5 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มีอาการ ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ไม่น้อย กว่า 40 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 79.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองน้อยกว่า ร้อยละ 7 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มี อาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ 80	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	32	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มากกว่าร้อยละ 13.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มากกว่าเท่ากับร้อย ละ 9 แต่ไม่เกินร้อย ละ 13.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตราตาย ของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI น้อยกว่าร้อย ละ 9	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		33	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด	≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมี 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดน้อย กว่าร้อยละ 30 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการ ทำ Primary PCI ได้ ตามมาตรฐานน้อย กว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการ ทำ Primary PCI ได้ ตามมาตรฐานไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด มากกว่า เท่ากับร้อยละ 60 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการ ทำ Primary PCI ได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด มากกว่า เท่ากับร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	34	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของ ปีงบประมาณก่อน	< ร้อยละ 10	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีจำนวนผู้ป่วย รายใหม่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 มากกว่า ร้อยละ 15	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจำนวนผู้ป่วย รายใหม่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 มากกว่าเท่ากับ ร้อย ละ 10 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 15	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนผู้ป่วย รายใหม่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 น้อย กว่าร้อยละ 10 ของ ปีงบประมาณก่อน	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		35	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อย กว่า 5 ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 66	≥ ร้อยละ 66	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีการขับเคลื่อน การดำเนินงาน หรือ มีผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m2/yr น้อยกว่าร้อยละ 33	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลง น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m2/yr ไม่น้อยกว่าร้อยละ 33 แต่ไม่เกินร้อยละ 65.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลง น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 66	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ เชื้อในกระแสเลือด	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	36	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community- acquired มากกว่า ร้อยละ 39	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community- acquired มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 26 แต่ไม่เกินร้อยละ 39	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีผู้ป่วยติด เชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด community- acquired น้อยกว่า ร้อยละ 26	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	37	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมอง ตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	ร้อยละ 20	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ อัตราส่วนของ จำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, โรงพยาบาล A, S, M1) น้อยกว่าร้อยละ 10	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราส่วนของ จำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราส่วนของ จำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) ร้อยละ 20	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบบริการโรค โรค	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	38	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมี อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณ โรคปอดรายใหม่ น้อยกว่าร้อยละ 44	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตรา ความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 44 แต่ไม่เกินร้อยละ 87.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตรา ความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ร้อยละ 88	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		39	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือมีอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ 42.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 84.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดต่อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	40	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	ร้อยละ 65	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือมีจังหวัดผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด น้อยกว่าร้อยละ 32.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานจังหวัดผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 32.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 64.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานจังหวัดผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด ร้อยละ 65	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		41	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นรอบ 6 เดือน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 66 (ม.ค.-ธ.ค. 66) ร้อยละ เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) ร้อยละ 38.05 รอบ 12 เดือน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 67 (ม.ค.-มิ.ย.67) เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) ร้อยละ 38.05	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินปี 65 (ร้อยละ 38.05)มากกว่าร้อยละ 19.01	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินปี 65 (ร้อยละ 38.05) ร้อยละ 0.01-19	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินปี 65 ร้อยละ 38.05	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	42	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 60 ≥ ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy น้อยกว่าร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 59.99 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		43	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50 ≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) ผู้ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง น้อย กว่าร้อยละ 25 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		44	การจัดบริการมะเร็งครบวงจร ในมะเร็งสำคัญ 5 โรคร (8 KPIs) 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด ระดับจังหวัด 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด ระดับจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ 50 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 50 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด ระดับจังหวัด 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด ระดับจังหวัด ร้อยละ 100 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี ร้อยละ 100 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
			4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ≥ ร้อยละ 70 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 70	ร้อยละ 100 ≥ ร้อยละ 70 ≥ ร้อยละ 70	4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี น้อยกว่าร้อยละ 50 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV น้อยกว่าร้อยละ 35 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าร้อยละ 35	4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 70 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		45	ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายใน ระยะเวลาที่กำหนด (3 KPIs) 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 77 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 77 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 44	ร้อยละ 77 ร้อยละ 77 ร้อยละ 44	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่า ร้อยละ 38.5 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 38.5 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 22	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่า ร้อยละ 38.5 แต่ไม่ เกิน ร้อยละ 76.99 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 38.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 76.99 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 22 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 43.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 77 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 77 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 44	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		46	ร้อยละการคัดกรองยาธิปไตยและ มะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมีการ คัดกรองยาธิปไตย และมะเร็งท่อน้ำดีใน ในกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 47.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการคัด กรองยาธิปไตย และมะเร็งท่อน้ำดีใน กลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45.7 แต่ไม่เกิน ร้อย ละ 94.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการคัด กรองยาธิปไตย และมะเร็งท่อน้ำดีใน กลุ่มเป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยถึง เตียงที่บ้าน	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	47	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแล ล่วงหน้า (Advance Care Planning) ใน ผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	$\geq$ ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมีการ ให้การดูแลตาม แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการให้การ ดูแลตามแผนการ ดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการให้การ ดูแลตามแผนการ ดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		48	สถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (3 KPIs) 1) ให้บริการในสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 3) มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (ร้อยละ 95)	ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 95	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ 1) ให้บริการในสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่าร้อยละ 40 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่าร้อยละ 40 3) มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ น้อยกว่าร้อยละ 47.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ให้บริการในสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 79.99 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 79.99 3) มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ น้อยกว่าร้อยละ 47.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 94.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ให้บริการในสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง ร้อยละ 80 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง ร้อยละ 80 3) มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ ร้อยละ 95	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและยา เสพติด	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	49	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการ ทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	≥ ร้อยละ 55	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี อาการทุเลาในการ ติดตาม 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีอาการทุเลา ในการติดตาม 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27.5 แต่ไม่เกิน ร้อย ละ 54.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีอาการทุเลา ในการติดตาม 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 55	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
			2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จมากกว่า ร้อยละ 12	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีอัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จ มากกว่าร้อยละ 8 และไม่เกินร้อยละ 12	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีอัตราการ ฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
			3) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มีผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 89.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปี ร้อย ละ 90	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		50	มีนิสัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด (2 KPIs) 1) ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่มีนิสัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2) ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่เปิดมีนิสัญญารักษ์ได้รับการติดตามและมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ 1) จังหวัดมีมินิ สัญญารักษ์ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยา เสพติดอย่างครบ วงจรตามเกณฑ์ที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด น้อยกว่า ร้อยละ 50 2) จังหวัดที่เปิดมินิ สัญญารักษ์ได้รับการ ติดตามและมีการ ประเมินรับรอง คุณภาพมาตรฐาน เป็นไปตามเกณฑ์ที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) จังหวัดมีมินิ สัญญารักษ์ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยา เสพติดอย่างครบ วงจรตามเกณฑ์ที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 2) จังหวัดที่เปิดมินิ สัญญารักษ์ได้รับการ ติดตามและมีการ ประเมินรับรอง คุณภาพมาตรฐาน เป็นไปตามเกณฑ์ที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) จังหวัดมีมินิ สัญญารักษ์ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยา เสพติดอย่างครบ วงจรตามเกณฑ์ที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 100 2) จังหวัดที่เปิดมินิ สัญญารักษ์ได้รับการ ติดตามและมีการ ประเมินรับรอง คุณภาพมาตรฐาน เป็นไปตามเกณฑ์ที่ กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		51	ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด คุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาล ทั่วไป (2 KPIs) 1) รพศ., รพท. มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยา เสพติด ร้อยละ 100 2) หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน รพศ., รพท. ร้อยละ 70	ร้อยละ 100 ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) รพศ., รพท. มีหอ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด น้อยกว่า ร้อยละ 50 2) หอผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดคุณภาพใน รพศ., รพท. น้อยกว่าร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพศ., รพท. มีหอ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 2) หอผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดคุณภาพใน รพศ., รพท. น้อยกว่า ร้อยละ 30 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพศ., รพท. มีหอ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 100 2) หอผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดคุณภาพใน รพศ., รพท. ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ /ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		52	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด (2 KPIs) 1) รพช. ผ่านการประเมินและรับรองผล โดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขต สุขภาพ และดำเนินการเสนอข้อมูลต่อกอง บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 100 2) รพช. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) รพช. ผ่านการ ประเมินและรับรองผล โดยคณะกรรมการ ประเมินผลระดับเขต สุขภาพ และดำเนินการ เสนอข้อมูลต่อกอง บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 2) รพช. มีกลุ่มงานจิต เวชและยาเสพติด น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพช. ผ่านการ ประเมินและรับรองผล โดยคณะกรรมการ ประเมินผลระดับเขต สุขภาพ และดำเนินการ เสนอข้อมูลต่อกอง บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 2) รพช. มีกลุ่มงานจิต เวชและยาเสพติดไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพช. ผ่านการ ประเมินและรับรองผล โดยคณะกรรมการ ประเมินผลระดับเขต สุขภาพ และดำเนินการ เสนอข้อมูลต่อกอง บริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร้อยละ 100 2) รพช. มีกลุ่มงานจิต เวชและยาเสพติด ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ /ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		53	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 62	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มี ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่ กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับ การดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) น้อยกว่าร้อยละ 31	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยยา เสพติดเข้าสู่ กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับ การดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 31 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 61.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยยา เสพติดเข้าสู่ กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับ การดูแลอย่างมี คุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 62	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		54	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 38	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรการ House Model ด้านการ ประกาศนโยบาย ขับเคลื่อน การค้นหา คัดกรอง ส่งเสริม การป้องกัน และการ เสริมสร้างความรอบรู้ ผลงาน ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ ได้มาตรฐานไม่น้อย กว่า ร้อยละ 19 แต่ ไม่เกิน ร้อยละ 37.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรการ House Model ด้านการ ประกาศนโยบาย ขับเคลื่อน การค้นหา คัดกรอง ส่งเสริม การป้องกัน และการ เสริมสร้างความรอบรู้ ผลงาน ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ ได้มาตรฐานไม่น้อย กว่า ร้อยละ 19 แต่ ไม่เกิน ร้อยละ 37.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ ได้มาตรฐาน ร้อยละ 38	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		55	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรการ House Model ด้านการ ประกาศนโยบาย การจัดการจัดการ การมีส่วนร่วมและ บูรณาการ ด้าน นวัตกรรม และด้าน บริการไร้รอยต่อ ผลงาน การดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความ เสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรง (SMI-V) น้อย กว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม มาตรการ House Model ด้านการ ประกาศนโยบาย การจัดการจัดการ การมีส่วนร่วมและ บูรณาการ ด้าน นวัตกรรม และด้าน บริการไร้รอยต่อ ผลงาน การดูแลผู้ป่วยจิต เวชที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน การดูแลผู้ป่วยจิต เวชที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรง (SMI-V) ร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาการบริหารป็นสภาพ ระยะกลาง (IMC)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	56	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (3 KPIs) 1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารป็นสภาพระยะกลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน 2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการ บริหารป็นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed	≥ ร้อยละ 85 ≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ 1) ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการ บริหารป็นสภาพ ระยะกลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน น้อยกว่า ร้อยละ 42.5 2) ผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่า คะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่าง น้อย 2 คะแนน เมื่อ ได้รับการบริหารป็น สภาพระยะกลางใน หอผู้ป่วย IMC ward/bed น้อยกว่า ร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการ บริหารป็นสภาพ ระยะกลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน น้อยกว่า ร้อยละ 42.5 แต่ไม่เกิน ร้อย ละ 84.99 2) รพช. มีกลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการ บริหารป็นสภาพ ระยะกลางและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 85 2) รพช. มีกลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
			3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	≥ ร้อยละ 50	3) ผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง จำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายใน ระยะเวลา 6 เดือน น้อยกว่า ร้อยละ 25	3) ผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับ การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง จำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายใน ระยะเวลา 6 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 49.99	3) ผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับ การบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง จำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายใน ระยะเวลา 6 เดือน ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบบริการ การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	57	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะ กลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการ ดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (Community base)	≥ร้อยละ 10	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มี จำนวนผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอด เลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการ ดูแลด้วยการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (Community base) น้อยกว่าร้อยละ 5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีจำนวน ผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอด เลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการ ดูแลด้วยการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (Community base) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 9.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีจำนวน ผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยโรคหลอด เลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการ ดูแลด้วยการแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (Community base) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		58	ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥ ร้อยละ 40	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ มีประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก น้อยกว่าร้อยละ 20	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 39.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	59	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์ (3 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับ การรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ 2) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ 3) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 มีผลงานวิจัยเขต สุขภาพละ 2 เรื่อง	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ 1) ผู้ป่วยมีการ วินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทาง การแพทย์ ไม่น้อย ร้อยละ 2.5 2) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้น น้อยกว่าร้อยละ 30 3) ไม่มีงานวิจัยและ การจัดการความรู้ ด้านกัญชาทาง การแพทย์ของ หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วยมีการ วินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทาง การแพทย์ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 2.5 แต่ ไม่เกินร้อยละ 4.99 2) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 3) จำนวนงานวิจัย และการจัดการ ความรู้ด้านกัญชา ทางการแพทย์ของ หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 เรื่อง	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วยมีการ วินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทาง การแพทย์ ร้อยละ 5 2) ผู้ป่วยทั้งหมดที่ ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทาง การแพทย์ ร้อยละ 60 3) จำนวนงานวิจัย และการจัดการ ความรู้ด้านกัญชา ทางการแพทย์ของ หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 เรื่อง	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	60	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะ ฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มี ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและ การจัดการภาวะ ฉุกเฉินด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 น้อยกว่าร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมี ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและ การจัดการภาวะ ฉุกเฉินด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมี ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและ การจัดการภาวะ ฉุกเฉินด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	61	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ 12	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผลงาน อัตราการ เสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) มากกว่าเท่ากับร้อยละ 12 แต่ไม่เกินร้อยละ 18	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตรา การเสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) มากกว่าเท่ากับร้อยละ 12 แต่ไม่เกินร้อยละ 18	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตรา การเสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อย กว่าร้อยละ 12	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		62	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ประชากรเข้าถึง บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน น้อยกว่าร้อย ละ 15	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ประชากร เข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าเท่ากับร้อย ละ 15 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 29.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ประชากร เข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		63	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	≤ ร้อยละ 5	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมีการ เสียชีวิตในผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) มากกว่า ร้อยละ 7.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการเสียชีวิต ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ สมอง (traumatic brain injury mortality) มากกว่า ร้อยละ 5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 7.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีการเสียชีวิต ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ สมอง (traumatic brain injury mortality) น้อยกว่า เท่ากับร้อยละ 5	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		64	จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่ เกิน 20 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 20.61 ต่อ ประชากรแสนคน	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้เสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน มากกว่า 30.92 ต่อ แสนประชากร	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทาง ถนน มากกว่า 20.61 ต่อแสนประชากรและ แต่ไม่เกินร้อยละ 30.92 ต่อแสน ประชากร	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีผู้เสียชีวิต ประชากร น้อยกว่า เท่ากับ 20.61 ต่อ ประชากรแสนคน	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	65	ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ มีผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ น้อยกว่า ร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยใน พระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยใน พระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		66	เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ เขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย	เขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ มีผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ น้อยกว่า ร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยใน พระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยใน พระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		67	จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (2 KPIs) 1) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก 2) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม	ร้อยละ 100 ร้อยละ 40	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือผลงาน 1) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก หรือน้อยกว่าร้อยละ 50 2) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม น้อยกว่าร้อยละ 20	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 2) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 39.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ร้อยละ 100 2) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ร้อยละ 40	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
พัฒนาระบบบริการโรคไข้เลือดออก	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	68	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค้ำมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	ลดลงจากค้ำมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค้ำมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี น้อยกว่า ร้อยละ 10	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการมีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค้ำมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 19.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการมีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค้ำมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส (นวัตกรรมเขตสุขภาพ)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	69	ร้อยละการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน รพ. ทุกระดับ 100 %	ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือมีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน รพ. ทุกระดับ น้อยกว่า ร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน รพ. ทุกระดับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน รพ. ทุกระดับ ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		70	ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ A, S, M1, M2 100 %	ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน มีการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ. ระดับ A, S, M1, M2 น้อยกว่า ร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ. ระดับ A, S, M1, M2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ. ระดับ A, S, M1, M2 ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		71	ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรอง ความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ F1, F2, F3 50 %	ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมีการ ดำเนินงานรูปแบบการ รับรองความพิการและ รับรองความพิการและ ดูแลต่อเนื่องแบบ เบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ F1, F2, F3 น้อยกว่า ร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการ ดำเนินงานรูปแบบการ รับรองความพิการและ ดูแลต่อเนื่องแบบ เบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ F1, F2, F3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 49.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการ ดำเนินงานรูปแบบการ รับรองความพิการและ ดูแลต่อเนื่องแบบ เบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ F1, F2, F3 ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ
พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน แม่ข่าย	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	72	พัฒนา รพช.แม่ข่าย 1) รพ.ระดับ S+ มีแผนการให้บริการ CT ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย 2) รพ.ระดับ A อนุมัติการจัดซื้อจัดจ้าง เหมาบริการ CT ร้อยละ 100	ร้อยละ 50 ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) รพ.ระดับ S+ มี แผนการให้บริการ CT ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 2) รพ.ระดับ A อนุมัติ การจัดซื้อจัดจ้างเหมา บริการ CT น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพ.ระดับ S+ มี แผนการให้บริการ CT ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 49.99 2)รพ.ระดับ A อนุมัติ การจัดซื้อจัดจ้างเหมา บริการ CT ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพ.ระดับ S+ มี แผนการให้บริการ CT ร้อยละ 50 2) รพ.ระดับ A อนุมัติ การจัดซื้อจัดจ้างเหมา บริการ CT ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		73	ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน	ร้อยละ 75	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมี อสม. หมอประจำบ้าน ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์ การแพทย์ชุมชน น้อย กว่า ร้อยละ 37.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมี อส ม. หมอประจำบ้าน ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์ การแพทย์ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 37.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 74.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมี อส ม. หมอประจำบ้าน ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์ การแพทย์ชุมชน ร้อย ละ 75	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ
พัฒนาระบบบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากร เป็นเลิศ (People Excellence)	74	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหาร จัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs) 1) ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกิน ร้อยละ 3 2) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ บรรจุ บุคคลแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 3) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญ การพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง แล้วเสร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ60	ไม่เกินร้อยละ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือ มากกว่า ร้อยละ 4.5 2) ตำแหน่งว่าง พยาบาลวิชาชีพ บรรจุ บุคคลแล้วเสร็จ น้อย กว่า ร้อยละ 35 3) ตำแหน่งว่าง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรง ตำแหน่งแล้วเสร็จ น้อยกว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือ มากกว่า ร้อยละ 3 แต่ ไม่เกิน ร้อยละ 4.5 2) ตำแหน่งว่าง พยาบาลวิชาชีพ บรรจุ บุคคลแล้วเสร็จ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ ไม่เกิน ร้อยละ 69.99 3) ตำแหน่งว่าง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรง ตำแหน่งแล้วเสร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ตำแหน่งว่าง เป้าหมายคงเหลือ ไม่ เกินร้อยละ 3 2) ตำแหน่งว่าง พยาบาลวิชาชีพ บรรจุ บุคคลแล้วเสร็จ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 70 3) ตำแหน่งว่าง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรง ตำแหน่งแล้วเสร็จ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		75	หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ) (2 KPIs) 1) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพระดับจังหวัด 2) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพระดับเขตสุขภาพ	จังหวัดละ 1 แห่ง จังหวัดละ 1 แห่ง	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ ผลงาน 1) หน่วยงานที่เป็น องค์กรแห่งความสุขที่ มีคุณภาพระดับจังหวัด (น้อยกว่า 4 จังหวัดๆ ละ 1 แห่ง)	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ตามแนวทาง MoPH-4T ได้แก่ Trust Teamwork Technology Target ผลงาน 1) หน่วยงานที่เป็น องค์กรแห่งความสุขที่ มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ 50 (4 จังหวัดๆละ 1 แห่ง) 2) หน่วยงานที่เป็น องค์กรแห่งความสุขที่ มีคุณภาพระดับเขต สุขภาพ ร้อยละ 50 (อย่างน้อย 1 แห่ง)	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ตามแนวทาง MoPH-4T ได้แก่ Trust Teamwork Technology Target ผลงาน 1) หน่วยงานที่เป็น องค์กรแห่งความสุขที่ มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ 100 (7 จังหวัดๆละ 1 แห่ง) 2) หน่วยงานที่เป็น องค์กรแห่งความสุขที่ มีคุณภาพระดับเขต สุขภาพ ร้อยละ 100 (อย่างน้อย 2 แห่ง)	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ
		76	ระดับความสำเร็จของแพทย์ผู้ลาศึกษาให้ ได้รับการเลื่อนเงินเดือน 1) แพทย์ผู้ลาศึกษาหน่วยงานในสังกัด กสธ. ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน	ร้อยละ100	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมีระดับ ความสำเร็จของแพทย์ ผู้ลาศึกษาให้ได้รับการ เลื่อนเงินเดือน น้อย กว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ระดับ ความสำเร็จของแพทย์ ผู้ลาศึกษาให้ได้รับการ เลื่อนเงินเดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ระดับ ความสำเร็จของแพทย์ ผู้ลาศึกษาให้ได้รับการ เลื่อนเงินเดือน ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ /ผลงาน ดีกว่าค่าเฉลี่ย เขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	77	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 94	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ หน่วยงานในสังกัด กระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 47	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน หน่วยงานใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 47 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 93.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน หน่วยงานใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 94	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		78	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ตรวจสอบและประเมินผลระบบการ ควบคุมภายใน	ร้อยละ 84	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือส่วน ราชการและ หน่วยงานสังกัด กระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผล ระบบการควบคุม ภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัด กระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผล ระบบการควบคุม ภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42 แต่ไม่เกินร้อยละ 83.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ส่วนราชการ และหน่วยงานสังกัด กระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบ และประเมินผล ระบบการควบคุม ภายใน ร้อยละ 84	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		79	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 75	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือส่วน ราชการในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการ ประเมินตามเกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละ 37.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ส่วนราชการในสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการ ประเมินตามเกณฑ์ที่ กำหนดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 37.5 แต่ไม่ เกินร้อยละ 74.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการ ประเมินตามเกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละ 75	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

[illegible]

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		81	ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการ ประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization & Smart Service) (4 KPIs) 1) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพศ./ รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) 2) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ 80 ร้อยละ 80	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ 1) สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) น้อย กว่าร้อยละ 40 2) สถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) น้อยกว่า ร้อยละ 40	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกินร้อยละ 79.99 2) ร้อยละของสถาน บริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกินร้อยละ 79.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ 80 2) สถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ 80	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
			3) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) 4) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)	ร้อยละ 30 ร้อยละ 10	3) สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) น้อยกว่าร้อยละ 15 4) สถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) น้อยกว่าร้อยละ 5	3) สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 แต่ไม่เกินร้อยละ 29.99 4) สถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่ไม่เกินร้อยละ 9.99	3) สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ร้อยละ 30 4) สถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ร้อยละ 10	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	82	ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	≤ ร้อยละ 1.5, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมีความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) มากกว่าร้อยละ 2.25	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) มากกว่าร้อยละ 1.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 2.25	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate) ไม่เกินร้อยละ 1.5	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		83	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs) 1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7) 2) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน 1) ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน (ระดับ 7) มากกว่า ร้อยละ 3 2) ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน (ระดับ 6) มากกว่า ร้อยละ 6	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน (ระดับ 7) มากกว่าร้อยละ 2 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 3 2) ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน (ระดับ 6) มากกว่า ร้อยละ 4 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 6	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน (ระดับ 7) ≤ ร้อยละ 2 2) ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน (ระดับ 6) ≤ ร้อยละ 4	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบข้อมูล สาธารณสุขชายแดนและ พื้นที่เฉพาะ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	84	สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ 1) หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ส่ง ข้อมูลเบิกจ่ายกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและ สิทธิ (ร้อยละ 80) 2) ขึ้นทะเบียนพระสงฆ์		มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน 1) หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ส่ง ข้อมูลเบิกจ่ายกลุ่มผู้ มีปัญหาละ 40 สิทธิไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 2) มีการขึ้นทะเบียน พระสงฆ์	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ส่ง ข้อมูลเบิกจ่ายกลุ่มผู้ มีปัญหาละ 40 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 79.99 2) มีการขึ้นทะเบียน พระสงฆ์	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) หน่วยบริการสังกัด สป.สธ.ส่ง ข้อมูลเบิกจ่ายกลุ่มผู้ มีปัญหาละ 80 สิทธิ ร้อยละ 80 2) มีการขึ้นทะเบียน พระสงฆ์	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	85	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ จังหวัดที่มีบริการ การแพทย์ทางไกล ตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จังหวัดที่มีบริการ การแพทย์ทางไกล ตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจังหวัดที่มี บริการการแพทย์ ทางไกลตามเกณฑ์ที่ กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		86	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ โรงพยาบาลที่ยื่น ขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานของ โรงพยาบาลที่ยื่น ขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 แต่ไม่เกินร้อยละ 9.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานของ โรงพยาบาลที่ยื่น ขอรับรอง HAIT ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 10	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		87	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและ โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติเป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (2 KPIs) 1) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบตามเกณฑ์ The must ร้อยละ 100 2) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบตามเกณฑ์ The best ร้อยละ 60	ร้อยละ 100 ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ 1) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ต้นแบบตามเกณฑ์ The must น้อยกว่า ร้อยละ 50 2) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ต้นแบบตามเกณฑ์ The best น้อยกว่า ร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ต้นแบบตามเกณฑ์ The must ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50แต่ไม่เกินร้อยละ 99.99 2) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ต้นแบบตามเกณฑ์ The best ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ต้นแบบตามเกณฑ์ The must ร้อยละ 100 2) รพร. และ รพก. ทุกแห่ง เป็น โรงพยาบาลอัจฉริยะ ต้นแบบตามเกณฑ์ The best ร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

[illegible]