

1.วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐเข้มแข็ง



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

พันธกิจ

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม
3. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะ และมีความสุขในการทำงาน
4. ส่งเสริม สนับสนุน ภาครัฐเครือข่าย ทุกภาคส่วน ให้มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านสุขภาพ
5. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีการดูแล และจัดการสุขภาพตนเองได้
6. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ และใช้ประโยชน์ได้จริง



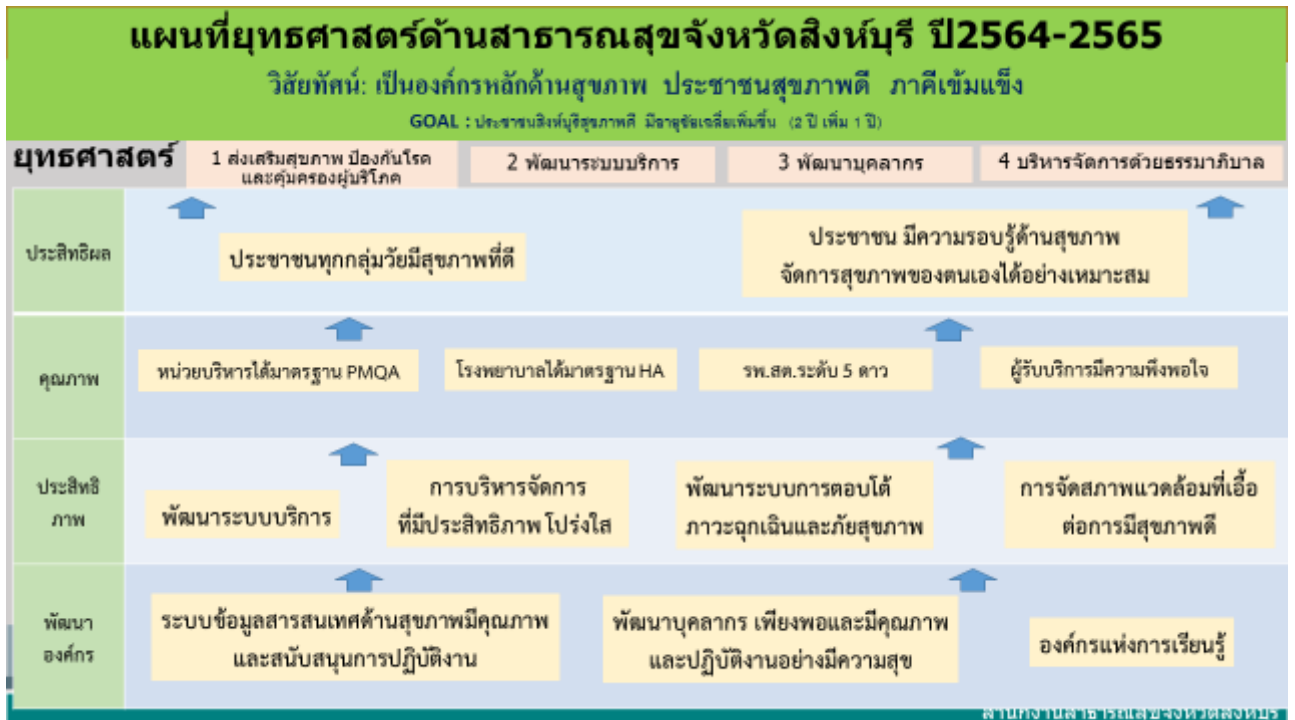
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

ค่านิยม

ซื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ยุทธศาสตร์

- 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion, Prevention & Protection Excellence)
- 2) พัฒนาระบบบริการ (Service Excellence)
- 3) พัฒนาบุคลากร (People Excellence)
- 4) บริหารด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)



แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2564-2565

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	ผู้รับผิดชอบ
PP&P E.	4	4	24	CPPO
SE.	2	2	23	CSO
PE.	1	1	1	CHRO
GE.	3	4	12	CFO/CIO
รวม	10	11	60	

19 ตุลาคม 63

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปัน ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	1.เด็กไปอยู่ที่อื่นไม่ได้ในพื้นที่ติดตามซังน้ำหนักได้ไม่ถึงร้อยละ 90 2.เด็กกินอาหารนอกบ้าน และขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลมมากขึ้น	54.69	60.76	64.08	65	66	1.ส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 3 ส ในผู้ปกครอง ครูที่เลี้ยง อสม.และเครือข่าย 2.จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 3 ส 3.มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ (ธ.ค.,มี.ค.,มิ.ย.และ ก.ย.) 3.ส่งเสริมให้มีการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตครอบครัวทุกอำเภอ	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย(สร./เขต/จังหวัด) 2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 3 ส ในศูนย์เด็กเล็ก/ในครอบครัว 3.ส่งเสริมให้ทุกสถานบริการเจาะเลือดตรวจ Hct/CBC (รพ.)ในเด็กไทยอายุ 6-12 เดือน 4.นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปีละ 4 ครั้ง คือ (ธ.ค.,มี.ค.,มิ.ย.และ ก.ย.)	ส่งเสริม	
				KPI 3 ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE	ระบบการดำเนินงานรูปแบบไปชัดเจน และไม่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	0	0	0	2	3	1. ส่งเสริมให้สมาชิก TO BE NUMBER ONE เกิดค่านิยมเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด 2.สนับสนุนให้เยาวชนได้รับประสบการณ์ และเพิ่มพูนทักษะจากการฝึกแก้ปัญหาพัฒนา EQ ทั้งด้วยตนเอง และจากกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน 3.ส่งเสริมให้สมาชิก มีภูมิคุ้มกันทางจิต และทักษะการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากยาเสพติด และปัญหารอบด้าน ที่พบในชีวิตประจำวันและเยาวชน 4.สนับสนุนให้สมาชิกพัฒนาศักยภาพและคุณภาพให้เป็นคนรุ่นใหม่ที่มีเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง	ขับเคลื่อนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	1.ประชุมวางแผนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE (สร) 2.จัดตั้งคำสั่งขับเคลื่อนงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ/ตำบล 3.สนับสนุนการรณรงค์สร้างกระแสป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้มีการประชาสัมพันธ์ รับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE และจัดกิจกรรมรณรงค์ในงานประเพณีประจำจังหวัด/อำเภอ/ตำบลในพื้นที่ วัด/โรงเรียน/สถานที่ราชการ 4.สร้างแกนนำเยาวชนในพื้นที่ ให้มีองค์ความรู้การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ และทักษะการดำรงชีวิต และความรู้ด้านการป้องกันและปัญหายาเสพติด 5.จัดตั้งชมรม และศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในพื้นที่ เพื่อเป็นศูนย์รวมสมาชิก ได้มาร่วมกิจกรรม เน้นการ	ส่งเสริม

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปั้น ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 4 ร้อยละของผู้เสพรายใหม่ในกลุ่มประชากรวัยเสี่ยงสูง (หัวอายุ 15 - 24 ปี) ไม่เกินร้อยละ 60 ของผู้เสพราย ใหม่ทั้งหมด	1.การเข้าถึงยาเสพติดง่ายมากขึ้น 2.ราคาถูกลง	N/A	N/A	N/A	60	55			ช่วยเหลือดูแลสมาชิกและพัฒนาสมาชิกให้มีคุณภาพและมีความสุข การดำเนินงานภายใต้แนวคิด “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ” 6.สนับสนุนให้สมาชิก เข้าร่วมกิจกรรม ในจังหวัด/ระดับภาค/ประเทศ	
				KPI 5 อัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานลดลง (ร้อยละที่ลดลง ร้อยละ 5)	1.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งระดับบุคคลและชุมชนยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ 2.การขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบกลุ่มไม่เป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในปี 2563 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้เฉพาะรายบุคคล และยังไม่ครอบคลุม	0.61 (ลดลง จากปี ร้อยละ 19.73)	0.71 (เพิ่มขึ้น จากปี ร้อยละ 16.39)	0.73 (เพิ่มขึ้น จากปี ร้อยละ 2.81)	ลดลง ร้อยละ 5 ต่อปี (ร้อยละที่ลดลง)		1.กำหนดนโยบายป้องกันควบคุมโรค DM/HT/มะเร็ง เช่น เฝ้าระวังการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มุ่งเน้นการดำเนินงานโดย พขอ.และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2.สร้างสรรค์ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการควบคุมป้องกันโรค DM/HT/มะเร็ง โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบบุคคลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3.เพิ่มบทบาทของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค DM/HT/มะเร็ง เช่นการใช้รับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ 4.สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ให้เอื้อต่อการ คัดกรอง เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น	โครงการพัฒนาระบบ เฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1.ผลักดันให้มีการกำหนดนโยบายป้องกัน ควบคุมโรค DM/HT/มะเร็ง เช่น เฝ้าระวัง การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา มุ่งเน้นการดำเนินงาน โดย พขอ.และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง รับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งระดับบุคคล และชุมชน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ ต่อ การป้องกันควบคุมโรค DM/HT/มะเร็ง 3.หน่วยบริการปฐมภูมิ จัดให้มีการตรวจ คัดกรองโรค DM/HT/มะเร็ง เต้านม ลำไส้ ปากมดลูก ตรวจน้ำตาลซ้ำ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับ พลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ (ทั้งนี้ ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) วัด ความดันโลหิตที่บ้าน Home Blood Pressure Monitoring; HBPM) ใน ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยต้องได้รับการติดตามภายใน 120 วัน	NCD
				PI 5.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน		-	-	66.82	≥ร้อยละ 60					
				PI 5.2 ร้อยละของผู้ป่วยDM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน		2.67	2.37	2.94	<ร้อยละ 1.85					
				KPI 6 อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงลดลง (ร้อยละที่ลดลง ร้อยละ 5)		1.3 (ลดลง จากปี ร้อยละ 21.3)	1.41 (เพิ่มขึ้น จากปี ร้อยละ 8.46)	1.46 (เพิ่มขึ้น จากปี ร้อยละ 3.54)	ลดลง ร้อยละ 5 ต่อปี (ร้อยละที่ลดลง)					
				PI 6.1 ร้อยละการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง		-	-	82.9	≥ร้อยละ 70					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปัน ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				PI 6.2 ร้อยละความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง		4.55	4.36	5.54	< ร้อยละ 5					
				KPI 7 อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ ปชก.แสนคน) ด้วยโรคมะเร็งเต้านมลดลง	อุบัติการณ์โรคมะเร็ง เต้านม ปากมดลูก และลำไส้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2562 และผลการดำเนินการคัดกรองยังไม่เป็นตามเป้าหมาย	40.36	24.3	27.95	< 30 (ต่อปชก.แสนคน)					
				KPI 8 อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ ปชก.แสนคน) ด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง		32.67	20.95	25.06	< 25 (ต่อปชก.แสนคน)					
				KPI 9 อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ ปชก.แสนคน) ด้วยโรคมะเร็งลำไส้ลดลง		46.29	44.42	44.81	< 43 (ต่อปชก.แสนคน)					
				KPI 10 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 50 ขึ้นไป	การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ต้องมีครบทั้ง 6 ข้อ คือ 1.กิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์, 2.ไม่รับประทานอาหารรสจัด, 3.กินผักและผลไม้ไม่หวานจัด วันละ 5 ส่วน, 4.ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว, 5.นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง, 6.อารมณ์ดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด	-	-	18.08	50.00	51.00	3 อ. 2ส.	ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสิงห์บุรี	1.ให้บริการสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ และให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพต่างๆ อย่างเหมาะสม 2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 3.ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเชิงรุกในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยทดสอบสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้สมบูรณ์อย่างน้อย ร้อยละ 30 เพื่อหาความบกพร่องทางกายที่แอบแฝงและฟื้นฟูตามสภาพปัญหาที่พบอย่างเหมาะสม	ส่งเสริม

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปั้น ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
													<p>4.คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่องเป็นชมรมผู้สูงอายุดีเด่น</p> <p>5.คัดเลือกวัดที่มีการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนและชุมชน ในหลักการ 5 ร. คือ ร่มรื่น, ร่มเย็น, ร่วมสร้าง, ร่วมจิตวิญญาณ และร่วมพัฒนาเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น</p> <p>6.คัดเลือกผู้สูงอายุสุขภาพดีซีวีมีสุขภาพอายุ 80 ปีขึ้นไป และ 100 ปีขึ้นไป ชายหญิงจากอำเภอทุกอำเภอ เพื่อให้ประชาชนมีตัวอย่างในการสร้างแรงจูงใจที่จะมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ</p> <p>7.สร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เผยแพร่องค์ความรู้และทำความเข้าใจนโยบาย</p>	ส่งเสริม
				KPI 11 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ95	ในการดำเนินงาน LTC ต้องได้รับความร่วมมือจาก อปท. ด้วย เช่นในการในการแจ้งข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงตามโปรแกรม ของ สปสช.ต้องได้รับการรับรองยืนยันจาก จนท.ของ อปท.ว่ามีตัวตนในพื้นที่จริงก่อน จึงจะสามารถดำเนินงานต่อไปได้ ปัญหาที่พบคือ อปท.มักลืม Password จึงไม่สามารถรับรองผู้สูงอายุในโปรแกรมได้ ทำให้การดำเนินงานหยุดชะงักไป	100%	100%	100%	100%	100%			<p>1.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมเพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว</p> <p>2.สนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุให้ผ่านเกณฑ์ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ</p> <p>3.สนับสนุนการดำเนินงานLTC ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</p>	ส่งเสริม

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปั้น ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
													4.ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) ที่มีคุณภาพ 5.ให้บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลอย่างเหมาะสม (มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึงการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ใน รพ.สต.หรือสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม)	ส่งเสริม
				KPI 12 -โรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไปมีคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100	1.รูปแบบและวิธีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ชัดเจน 2.รายละเอียดการดำเนินงาน (Job Description) ยังไม่ชัดเจน 3.แนวทางเวชปฏิบัติของโรค (CPG/Clinical Practice Guidelines) ของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes) ยังไม่กำหนดชัดเจน ทั้งองค์ความรู้และวิธีการปฏิบัติ 4.อาการของผู้สูงอายุเป็นแบบ Atypical ทำให้ผู้ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุซึ่งไม่ชำนาญไม่สามารถจัดการได้ (ไม่สามารถให้คำปรึกษาแนะนำที่เฉพาะเจาะจงเพื่อไปรับบริการในคลินิกเฉพาะโรคที่เหมาะสมตรงตามความเป็นจริงของโรค อีกทั้งผู้ป่วยผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการวินิจฉัยต่อคนที่รวดเร็ว และการรักษาไม่ตรงกับสภาพความเจ็บป่วยที่แท้จริง	0	0	0	2 แห่ง	2 แห่ง			1.จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป ทุกแห่ง 2.กำหนดรูปแบบการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ 3.นิเทศ กำกับ ติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปั้น ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
	2.ประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม	2.ร้อยละของประชาชน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	แผนงาน 2 ส่งเสริมความรู้สุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย (Health literacy)	KPI 13 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อ		1 ชุมชน	1 ชุมชน	6 ชุมชน	12 ชุมชน	1.สร้างชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับอำเภอ อย่างน้อย อำเภอละ 1 ตำบล	โครงการชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ	ขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1.ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน/1 ตำบล 2.ดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัตติแห่งชาติ ระดับมากขึ้นไป อย่างน้อย 1 โรงเรียน/ตำบล (ยกเว้นพื้นที่ที่ไม่มีโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ) แลยู.อสม..ในโรงเรียนฯละ 10 คน 3.การดำเนินงานตามมาตรฐานสุขภาพศึกษา ในรพ.สต.ทุกแห่ง	กลุ่มงานสื่อสาร
				KPI 14 จำนวนโรงเรียนต้นแบบด้านสุขภาพ (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ)	นักเรียนยังไม่ตระหนัก เรื่อง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	-	-	-	20	30	1.ส่งเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภค 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ	โรงเรียนต้นแบบด้านสุขภาพ	1. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง 2. อำเภอคัดเลือกโรงเรียน ในเขตรับผิดชอบเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมและดำเนินการตามเกณฑ์โรงเรียนต้นแบบด้านสุขภาพ 3. ทีมจังหวัดออกประเมินโรงเรียนเป้าหมาย ภาคเรียนละ 1 ครั้ง 4. จังหวัดมอบเกียรติบัตรแก่โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ 5.สรุปประเมินผล	ทันตา
				KPI 15 ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	1.จากการเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ร่วมออกกำลังการและควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 30 2.เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ตามหลัก 3 อ 3 ส แต่ยังไม่นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	-	-	41.96	52	52	1.จัดสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานให้เหมาะสมในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 3 ส 2.จัดกิจกรรมในองค์กรอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลทุก 3 เดือน 3.สร้างขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่ในองค์กร เพื่อปฏิบัติตัวเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพดี	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย(สส./เขต/จังหวัด)	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 3 สในเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี 2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 3 สจากบุคคลต้นแบบสุขภาพดี 3.ประเมินและวัดผลทุก 3 เดือนสรุปผลให้ขวัญและกำลังใจโดยมีรางวัลให้บุคคลต้นแบบสุขภาพดี	ส่งเสริม/ทันตา

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปัน ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 16 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรต้นแบบสุขภาพดี	1.ช่วงที่ผ่านมา เจอผลกระทบจากโควิดทำให้การดำเนินการหยุดชะงักในบางองค์กร 2. พฤติกรรมในแต่ละบุคคลเป็นเรื่องยากในการปรับเปลี่ยน ต้องสร้าง HL ในแต่ละคน แต่ละองค์กรให้ทุกคนทราบและนำไปปฏิบัติตามได้			3	5	5	1.ชี้แจงนโยบายให้ทราบโดยทั่วกันทุกองค์กร 2.ติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน พบกลุ่มเสี่ยงดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 100 %	5. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (สธ.)	1.ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกองค์กรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 3 ส 2.ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกองค์กรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 3 ส จากบุคคลต้นแบบสุขภาพดี เมื่อมีการประชุมจัดเบรกสุขภาพ 3.จัดประกวดแข่งขันการออกกำลังประเภททีม	ส่งเสริม/ทันตา
	3.ประชาชนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม	3.ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี	แผนงานที่ 3 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	KPI 17 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด										ค.ส.
				PI 17.1 ร้อยละของอาหารสดและอาหารแปรรูปที่ได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	1. ผลิตภัณฑ์อาหารถูกนำเข้ามาในจังหวัดจากหลากหลายช่องทางทำให้เกิดการควบคุมคุณภาพได้ยาก	96	97	98	98	98	1.สร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนในการเลือกบริโภคอาหารที่มีความปลอดภัย และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ	1. โครงการสนับสนุนและพัฒนาสถานที่ผลิต (คัดและบรรจุ) ผักและผลไม้สด	1. ตรวจสอบประเมินสถานที่คัดและบรรจุผักและผลไม้สดในพื้นที่ 2. เก็บตัวอย่างผักและผลไม้สดส่งตรวจวิเคราะห์หยาฆ่าแมลง 3. สร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย โดยการคัดเลือกและพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการจำหน่าย ผักและผลไม้สด	ค.ส.
				PI 17.2 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายมีความปลอดภัยจากสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ	2. ประชาชนยังขาดความตระหนักรู้ในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคอาหาร	-	80	75	80	80	2.พัฒนาระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ โดยการสร้างผู้ประกอบการให้เป็น SMART Operator	2.โครงการพัฒนาปลาช่อนแม่ลาแปรรูปของดีเมืองสิงห์สู่อาหารเพื่อสุขภาพ ประจำปี 2564	1. พัฒนาระดับผู้ประกอบการผลิตและจำหน่ายปลาช่อนแดดเดียวในจังหวัดสิงห์บุรี 2. ส่งตรวจวิเคราะห์โภชนาการ	ค.ส.

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปัน ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				PI 17.3 ร้อยละของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง (แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ) ที่ได้รับการตรวจสอบมีความถูกต้อง ปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	3.ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้และเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณภาพยังมีไม่เพียงพอ	-	-	-	80	80	3. ขับเคลื่อนกลไกการเฝ้าระวังแบบบูรณาการ และครอบคลุมทุกองค์ประกอบของห่วงโซ่อาหาร	3.โครงการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดสิงห์บุรี	1. ตรวจสอบและพัฒนาสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดสิงห์บุรี 2. เก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามประกาศ	คส.
				PI 17.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง (ฟ้าทะลายโจรที่ขึ้นทะเบียน) ที่ได้รับการตรวจสอบ มีความถูกต้อง ปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด		-	-	-	80	80		4.โครงการตรวจสอบเฝ้าระวังจัดการผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ปลอดภัย	ตรวจสอบฉลากอาหาร ฉลากโภชนาการ และฉลาก GDA ณ สถานที่ผลิตและจำหน่ายในจังหวัดสิงห์บุรีให้มีความถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด	คส.
												5.แผนงานผลิตภัณฑ์น้ำปลาและน้ำเกลือปรุงอาหาร ณ สถานที่ผลิต ได้มาตรฐานไอโอดีนตามเกณฑ์ที่กำหนด	1.ตรวจสอบสถานที่ผลิต 2. ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์	คส.
												6. แผนงานการเฝ้าระวังคุณภาพอาหารสดในจังหวัดสิงห์บุรี	จัดซื้อชุดทดสอบอาหารเบื้องต้นสำหรับการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสดที่จำหน่ายในตลาดสดและตลาดนัดในจังหวัดสิงห์บุรี	คส.
												7. โครงการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ	เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายส่งตรวจวิเคราะห์	คส.

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปั้น ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 18 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus 100 %	ยังมีโรงพยาบาล 2 แห่ง(รพ.ค่ายฯ ,รพ.พรหมบุรี) ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก(ร้อยละ 33.3) ปัญหาที่พบการพัฒนาโรครั่วฯ กับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยใน รพ.	1 (16.7 %)	2 (33.3 %)	4 (66.7 %)	100	100	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชนและองค์กรต้นแบบรักษโลก อดโลกร้อน	โครงการพัฒนาจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข	1.โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก Plus ร้อยละ 100 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เรียนรู้การใช้โปรแกรม manifest 3.สถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานตามมาตรการและแนวทางปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 80	อวล.
				KPI 19 จำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน4,591 หลังคาเรือน มีการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาดปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเกณฑ์ฯ		na	na	na	364	728	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับครอบครัวหมู่บ้านและชุมชน	โครงการ บ้านน่าอนเมืองนำอยู่	ปรับสภาพที่พักอาศัย ตรวจสอบภาพ เยี่ยมบ้าน ปลูกพืชผักสวนครัว	อวล.
				KPI 20 ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100			100	100	100	100	การมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงสาธารณสุข	โครงการตามแผนปฏิบัติการเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด	กำกับ ดูแลขยะติดเชื้อไปกำจัดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กฎกระทรวงสาธารณสุข	อวล.
				KPI 21 ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขเป็นองค์กรต้นแบบที่เลิกใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร (No Foam) ร้อยละ 100		na	na	na	100	100	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชนและองค์กรต้นแบบรักษโลก อดโลกร้อน		วางแผนขับเคลื่อนให้สิงห์บุรี เป็นจังหวัดปลอดโฟมใน ปี 2564	อวล.

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปัน ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
	4.พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	4.ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	แผนงานที่ ๔. โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำและสาธารณสุขภัย (TB/ใช้เลือดออก/COVID-๑๙/ EOC)	KPI 22 อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลงต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (2561-2563)	ประชาชนขาดการดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	12.5	94.93	265.5	124.3	124.3	ปลูกกระแสการจัดการสิ่งแวดล้อม ปลูกจิตสำนึกการรักษาความสะอาด ปรับสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ	โครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจังหวัดสิงห์บุรี ปี2564	1.ติดตามสถานการณ์ผลการดำเนินงานควบคุมโรค สอบสวนโรคในพื้นที่เกิดโรคและพื้นที่ระบาด 2.ติดตามผลการดำเนินงานโดยประเมินค่าดัชนี ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ทุกเดือนๆละ6 แห่ง 3.ติดตามการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน 4.สื่อสารความเสี่ยง คลินิก ร้านขายยา และจนท.สธ.รวมทั้ง อสม.ประชาชนทั่วไปผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ และแอปพลิเคชัน Line @อาสาปราบยุง 5.สนับสนุนสื่อต่างๆวัสดุอุปกรณ์รวมถึงสารเคมีให้กับพื้นที่เพื่อใช้ในการดำเนินการควบคุมโรคและรณรงค์ต่างๆ 6.บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับโครงการบ้านน่านอน เมืองน่าอยู่ เพื่อจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	คร./ระบาศ วิทยา
				KPI 23 ระดับความสำเร็จของการสร้างการรับรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19	ประชาชนบางส่วนยังขาดความตระหนักในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19	NA	NA	NA			เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสาร และสร้างการรับรู้แก่ประชาชน และสถานประกอบการต่างๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์	โครงการขับเคลื่อนภาระกิจ ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558	1.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ตาม พรบ.โรคติดต่อ ปี2558 2.จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสิงห์บุรี ร่วมกับศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 จังหวัดสิงห์บุรี 3.จัดประชุม Dead Case Conference โรคติดต่อที่สำคัญ 4.สนับสนุนกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันและสอบสวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี	คร./ระบาศ วิทยา

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (ปลูก ปลูก ปั้น ปรับ เปลี่ยน)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 24 ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	1.ฟังก์ชันของคณะทำงานไม่ชัดเจน 2.บุคลากรขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่	100	100	100	100	100	ปรับ/เปลี่ยน 1.พัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยความพร้อมระบบ ICS และการปฏิบัติการกิจ 13 กล้องและความพร้อมในการบริหารจัดการ 1)ด้านระบบงาน 2)ด้านอุปกรณ์ /งบประมาณ 3)ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะพร้อมปฏิบัติงาน	โครงการพัฒนาศักยภาพการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข(Public Health Emergency Management : : PHEM)จังหวัดสิงห์บุรี ปี 2564	1. มีการจัดตั้งศูนย์ EOC ระดับจังหวัดและอำเภอ 2. มีแผนเผชิญเหตุรองรับโรคระบาด/อุบัติภัยและภัยพิบัติ 3. มีการซ้อมแผนเพื่อรองรับแบบบูรณาการร่วมกันและมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4.มีข้อมูลข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ 5.การฝึกอบรมความรู้และทักษะผู้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น 6.พัฒนาศักยภาพทีม JIT/SAT ระดับจังหวัด/อำเภอให้มีความรู้ด้านระบาดวิทยาการเฝ้าระวังโรคการสอบสวนโรคและการเขียนรายงานการสอบสวนโรค 7. การสรุปบทเรียน	ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการ (2 แผนงาน 23 ตัวชี้วัด) CSO

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แชร์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการ (Service Excellence)	1. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care unit and Network Care Unit)	1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่	แผนที่ 1 ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย	KPI 1. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ Primary Care unit and Network Care Unit ที่เปิดบริการในพื้นที่	ไม่ผ่านเกณฑ์หัวข้อ Staff ขึ้นตำมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์	3	1	5	3		1.ขับเคลื่อนด้วย chife และคณะกรรมการปฐมภูมิ 2.การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	แผนพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	1.วางแผนการเปิดดำเนินงาน PCC โดยคณะกรรมการปฐมภูมิ 2.ประเมินตนเองตามหลัก 3 s 3.บันทึกการขึ้นทะเบียน PCC ปี 2564 4.ประเมินผลการดำเนินงาน	ครบ.
				KPI 2. ร้อยละของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพได้รับการอบรมบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	ทีมที่เปิดบริการเข้ารับการพัฒนายังไม่ครอบคลุม	NA	NA	NA	50		1.ขับเคลื่อนด้วย chife และคณะกรรมการปฐมภูมิ 2.การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	แผนการดำเนินงานการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว	1.สำรวจจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่าน/ไม่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพที่ผ่าน/ไม่ผ่านการอบรมในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. 2.จัดทำแผนการอบรมแพทย์/คณะผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ผ่านการอบรม 3.อบรมแพทย์/คณะผู้ให้บริการสุขภาพตามแผนการอบรม	ครบ.
				KPI 3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ		100	100	100	100	100	1.ขับเคลื่อนคณะกรรมการปฐมภูมิ 2.ขับเคลื่อนโดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอ	แผนพัฒนา พขอ.	1. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการฯ 2. ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/คัดเลือกประเด็นปัญหา แบบมีส่วนร่วม 3. จัดทำแผน/ดำเนินการตามแผน 4. ประเมินผลการดำเนินงาน/แก้ไขปัญหตามบริบทพื้นที่ 5. ประเมินตนเองตาม UCCARE 6.สรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และชื่นชมเสริมพลัง	ครบ.
				KPI 4 จำนวนอสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	1.ระยะแรกไม่มีคู่มือเป็นรูปเล่ม (ได้จัดทำคู่มือให้อสม.และจนท.) 2.อสม. คนละเป้าหมาย	-	-	388	378	378	1.มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2.ปรับพฤติกรรม	พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี	จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอสม.เป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ครบ.

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แชร์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 5 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี(ร้อยละ 70)	2.ของฝากผู้สูงอายุบางส่วนเป็นผู้สูงอายุ จะไม่มีทักษะการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน	-	-	90	90	90				
				KPI 6 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านขายยา	ผู้รับบริการตามโครงการจำนวนน้อย เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์ไม่	NA	NA	NA	ร้อยละ50		1. สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการลดแออัดโดยร้านยา 2. ส่งเสริมทำให้ประชาชนเห็นประโยชน์จากโครงการลดแออัดฯ	โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยใช้กลไกร้านยา ปี 2564	จัดประชุมเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดสิงห์บุรี ติดตามผลการดำเนินงานและประชาสัมพันธ์โครงการ	คบส
				PI 6.1 จำนวนผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา ร้อยละ30	สมัครใจเนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและยินดีรอรับที่รพ.	NA	NA	NA	ร้อยละ30	ร้อยละ40	3. เพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการให้กับบุคลากรและประชาชนทราบเพื่อเข้ารับบริการรับยาจากร้านยาทางสื่อต่างๆ			
				PI 6.2 การเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามาใช้บริการที่ร้านยา ร้อยละ80		NA	NA	NA	ร้อยละ80	ร้อยละ80	4. ปรับmodelการรับยาที่ร้านยาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของประชาชน			
	2. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม	2. มีแนวทางเวชปฏิบัติ(Clinical Practice Guidelines: CPG) ตามมาตรฐาน (Service Plan)	แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	KPI 7 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานNCD clinic plus ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป	1.การดำเนินงานNCD clinic plus ไม่ผ่านระดับดี (3 รพ.) 2.การลงข้อมูล 43 แฟ้มไม่ถูกต้องครบถ้วน	N/A	N/A	50.00	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	1.พัฒนา NCD Clinic คุณภาพ ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ:service plan สาขา NCD	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับการประเมิน risk factor และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก3อ 3ส และมีSelf care 2.การจัดการผู้ป่วย HT/ DM ตาม CPG 3.การจัดการกำลังคนให้เหมาะสมเพื่อรองรับการจัดการผู้ป่วย HT/ DM ตาม CPG 4.การพัฒนา ncd clinic plus ผ่านระดับดี ทุกรพ. 5.พัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม /HDC	NCD
				PI 7.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย	38.24	34.10	35.30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 40				
				PI 7.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย	49.95	41.46	40.71	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 50				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แชร์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 8. อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง	1.การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตกส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย HT 2. stroke unit ไม่เพียงพอ	11.7	8.05	7.73	≤ร้อยละ 7	≤ร้อยละ 7	1.สร้างการรับรู้ให้ประชาชน warning sing เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยง และการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมอง 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากร การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม CPG และระบบการส่งต่อให้สอดคล้องกับระบบรับ ค่ารักษา ระบบ fast track stroke 3.ยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการให้มีความพร้อม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ:service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง	1. สร้างการรับรู้ early warning signs 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้าง STROKE Attack alert ในกลุ่มเสี่ยง cvd risk> 20% อย่างเข้มข้น 3.อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม CPG และระบบการส่งต่อให้สอดคล้องกับระบบการรับค่าปรึกษา 4.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เพื่อขับเคลื่อนระบบ fast track stroke ตามมาตรฐาน CPG 5.เปิด Stroke Unit รับผู้ป่วยได้ 4 เตียง ใน รพ.อินทร์บุรี 6.ปรับปรุง Stroke bed เป็น Stroke corner เพิ่มเป็น 4 เตียง ใน รพ.ระดับ F (รพช.)	NCD
			PI 8.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)		72.2	64.7	75.00	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60					
			PI 8.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit		71.20	53.20	42.70	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 60					
			PI 8.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack alert		N/A	47.37	48.8	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แชร์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 9. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง	1.ผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลไม่ทันภายใน 12 ชม.หลังมีอาการเจ็บหน้าอก 2.door to needle time < 30 นาที ไม่ผ่านเกณฑ์ 3.ไม่สามารถส่งต่อ PPCI ทันเวลา	6.06	8.82	10.53	≤ร้อยละ 7	≤ร้อยละ 7	1.สร้างการรับรู้ให้ประชาชน warning sing เข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยง และการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากร การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตาม CPG และระบบการส่งต่อให้สอดคล้องกับระบบการรับคำปรึกษา ระบบ fast track stroke 3.ยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการให้มีความพร้อม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ:service plan สาขาโรคหัวใจ	1. สร้างการรับรู้ early warning signs 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้าง Heart Attack alert ในกลุ่มเสี่ยง cvd risk> 20% อย่างเข้มข้น 3.พัฒนา ก้าบ ติดตามระบบ STEMI Fast Track ลด onset to needle time < 30 นาที 4.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เพื่อขับเคลื่อนระบบ fast track stemi โดย รพ.สต.ทุกแห่ง มีการใช้ CPG ดูแลผู้ป่วยและส่งต่อ และรพ.ทุกระดับสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและให้ยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐาน CPG 5. Mapping ผู้ป่วยที่มี CVD risk > 30 ครอบคลุมทุกอำเภอ	NCD
				PI 9.1 ร้อยละของการให้การรักษามือผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		30.00	30.70	23.64	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 50				
				PI 9.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน (26 ต่อแสนประชากร)		27.15	25.41	25.54	≤ร้อยละ 26	≤ร้อยละ 26				
				PI 9.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack alert		N/A	47.37	48.8	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80				
				KPI 10. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73m2/yr	1.คัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่ำ 2.กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วย ckd stge 3 ยังไม่เพียงพอ	60.49	64.4	71.18	≥ร้อยละ 67	≥ร้อยละ 67	ลดผู้ป่วยไตวายใหม่ เชะลดความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการได้รับการดูแลที่เหมาะสม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ:service plan สาขาไต	1.คบสอ.จัดทีมบูรณาการการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำ self monitoring ในผู้ป่วยโรคไต Stage 3-4 3.โรงพยาบาลทุกแห่งมี CKD Clinic ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามมาตรฐาน 4.จัดบริการ Palliative care สำหรับผู้ป่วย Palliative care CKD ,ESRD ทุกแห่ง	NCD
				PI 10.1 ร้อยละผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CKD		68.91	68.51	64.79	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แשר)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				PI 10.2 ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		N/A	N/A	71.45	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 50				
				KPI 11 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	การเสียชีวิตทั้งหมดเป็น ผู้ป่วยวิกฤติ trauma level 1	9.67	6.86	8.32	ไม่เกินร้อยละ 12		<p>1.การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชม.</p> <p>2.มาตรการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน</p> <p>3.พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน</p> <p>4.ประชาสัมพันธ์ 1669 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p>	<p>โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี</p>	<p>1.ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะทำงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด(CPG)</p> <p>2.พัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลักสูตร ENP</p> <p>3.อบรมฟื้นฟูความรู้แนวทางการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินพยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>4.อบรม EMT-B ซึ่งยกระดับ FR เป็น BLS จำนวน 110 ชม.</p> <p>5.ขอขบลงทุนฯ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 – 2565 เพื่อขยายห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ท่าช้าง และ รพ.ค่ายบางระจัน</p> <p>6.อบรมฟื้นฟูความรู้หลักสูตรปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน 16 ชั่วโมง</p> <p>7.อบรมหลักสูตรปฐมพยาบาล และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)</p> <p>8.พัฒนา TEA Unit ของ รพท.ให้ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>9.ประชาสัมพันธ์ 1669 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10.ศึกษาดูงานการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉินไปสวท.นครสวรรค์</p>	NCD
			KPI 12 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร PS > 0.75		N/A	0.19	0	ร้อยละ 1						
			KPI 13 เพิ่มการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่าร้อยละ 26		ลดลงร้อยละ 2.31/4,463 ปฏิบัติการ	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.33/4,701 ปฏิบัติการ	ลดลงร้อยละ 17.91/4,217 ปฏิบัติการ	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26/5,314 ปฏิบัติการ						
			KPI 14 ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ลดลงร้อยละ 10		N/A	71,772	ลดลงร้อยละ 28.72(20,609 ราย)	ลดลงร้อยละ 10 (5,166 ราย)						
			KPI 15 ลดความแออัดในห้องฉุกเฉินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2hr triage) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50		N/A	5,015	82.79	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85						

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แשר)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 16 พัฒนาห้องฉุกเฉิน คุณภาพ โรงพยาบาล 6 แห่ง		N/A	1 แห่ง	1 แห่ง	6 แห่ง				ระบาดวิทยา โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดชลบุรี และระยอง	
				KPI 17 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด							1.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็ง 2.พัฒนาระบบการส่งต่อ ผู้ป่วย 3.พัฒนาระบบข้อมูล TCB	โครงการพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ สาขา โรคมะเร็ง	1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2.พัฒนาระบบการส่งต่อรังสีรักษา 3.ลดระยะเวลาการนัด พังผลหลังการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.กำหนดผู้รับผิดชอบในการลงข้อมูล และติดตามผู้ป่วย -พัฒนาระบบข้อมูล TCB	NCD
				PI 17.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		N/A	97.30	94.12	≥ ร้อยละ 75					
				PI 17.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์		N/A	63.27	82.61	≥ ร้อยละ 75					
				PI 17.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	การได้รับรังสีรักษาของ ผู้ป่วยมะเร็งยังไม่ทัน ภายในระยะเวลาที่ กำหนดเนื่องจากการ ติดตามการรักษาใน ผู้ป่วยที่ส่งต่อยังได้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน	N/A	70.83	72.73	≥ ร้อยละ 60					
				KPI 18 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อแสน	1.-ขาดการคืนข้อมูลผู้ พยายามฆ่าตัว /ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ สู่ ชุมชน 2.-จนท.ให้ความสำคัญ ทางสุขภาพจิตน้อยขาด ทักษะการช่วยเหลือด้าน จิตใจ 3.-การบูรณาการ ช่วยเหลือจากหน่วยงาน ต่างๆยังไม่ทั่วถึง	9.42	9.1	8.19	8	7.9	1.สร้างกระแสการสื่อสาร ในครอบครัว 2.-สร้างทัศนคติจนท.สส/ ผู้นำชุมชน/หน่วยงานราช/ ประชาชน 3.ส่งเสริมการมีส่วนร่วม แบบไร้รอยต่อ	ดูแลช่วยเหลือ จิตใจประชาชน จังหวัดสิงห์บุรี	1.-ขับเคลื่อนพรบ.สุขภาพจิต 2.-คืนข้อมูลสุขภาพจิตสู่ชุมชน -3.สร้างครอบครัวอบอุ่น 4.-รณรงค์สร้างการรับรู้การสื่อสารใน ครอบครัวในชุมชน	ส่งเสริม

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แשר)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 19 ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม Retention Rate	1.-การคืนข้อมูลระหว่างสาธารณสุขกับสาธารณสุข ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.-ขาดความเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูล 3. -ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยราชการอื่น	N/A	N/A	41.82	55	55	-1สร้างกระแสการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 2.พัฒนาระบบการขับเคลื่อนการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้เหมาะสม 3.-พัฒนารูปการขับเคลื่อนช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด	พัฒนางานยาเสพติด	1.-เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการบำบัดรักษาและข้อมูล 2.-พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและเชื่อมโยงข้อมูลแบบบูรณาการ 3.-พัฒนาระบบการช่วยเหลือให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 4.-พัฒนารูปแบบการติดตามที่ชัดเจนครบถ้วน	ส่งเสริม
				KPI 20. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด	1.ประชาชนทั่วไปขาดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพด้วยยาสมุนไพรและศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2.หมู่บ้าน/ชุมชน/โรงเรียน/หน่วยบริการสาธารณสุข/องค์กรภาครัฐ/องค์กรภาคเอกชน ส่วนน้อยที่มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3.หน่วยบริการระดับรพช/รพสต มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ รพท >11%	NA	18.75	16.37	20.5	21.5	1.อนุรักษ์ ส่งเสริม และคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	1.โครงการอนุรักษ์ ส่งเสริม และคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน	1.สนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมในบทบาทของนายทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามที่กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยกำหนด 2.สร้างกระแสการอนุรักษ์ ส่งเสริม และคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยการมีส่วนร่วมของหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสิงห์บุรี	แพทย์แผนไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อมโยง แชนจ์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
					<p>4.แพทย์แผนปัจจุบันพยาบาลและสหวิชาชีพส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะในการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพด้วยยาสมุนไพรและศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไปใช้ผสมผสานในการดูแลสุขภาพของประชาชน</p> <p>5.ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>6.ยาสมุนไพรมีราคาแพง ทำให้การสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรระดับ รพช และ รพสต. น้อย และ รพ สต ไม่ได้รับการสนับสนุนยาสมุนไพรตามกรอบบัญชียาที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจังหวัดสิงห์บุรีกำหนด (PTC)</p>						<p>2.ขยายผลการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>2.โครงการขยายผลการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>2.1ขยายผลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ องค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และในชุมชน ด้วยการดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัย เน้นการรับประทานอาหารพื้นบ้าน การทำสมาธิบำบัด (SKT) การออกกำลังกายยืดเหยียดด้วยโยคะ ฤาษีดัดตน และนมเนื้ขาว)</p> <p>2.สร้างกระแสการอนุรักษ์ ส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยการมีส่วนร่วมของหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสิงห์บุรี</p>	แพทย์แผนไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แชร์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
					7.ขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย ระดับ รพสต และ รพช และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการระดับ รพสต มีภารกิจหลากหลาย 8. บุคลากรด้านการแพทย์ แผนไทยส่วนหนึ่ง ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน						3.พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	3.โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (คลินิกคู่ขนานและคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	3.1ปรับปรุงระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (คลินิกคู่ขนานและคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย เพิ่มการจ่ายยาสมุนไพร เพิ่มหัตถการด้านการส่งเสริมสุขภาพ แก้ไขปัญหาระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการ) 3.2.อบรมให้ความรู้ ความเข้าใจแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล และสหวิชาชีพด้านการตรวจ วินิจฉัย และรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพร กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และระเบียบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย	แพทย์แผนไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แชร์)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
													3.3 พัฒนางานวิจัย R2R การใช้คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติตามกลุ่มอาการ การใช้ยาสมุนไพร และการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย 3.4.ปรึกษาหารือผู้บริหารหน่วยบริการทุกระดับและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจังหวัดสิงห์บุรีเพื่อหาแนวทางสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันและการใช้แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยจังหวัดสิงห์บุรี 3.5 ปรึกษาหารือผู้บริหารทุกระดับและ CHRO เรื่องการวางแผนและการใช้อัตราค่าส่งบุคลากรแพทย์แผนไทย 3.6..ตรวจเยี่ยมเสริมพลังและประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)	
				KPI 21 การจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี							ปลูก เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับกัญชา ปลูก กระตุ้นการดำเนินงานของโรงพยาบาล ปัน สร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและชุมชน ปรับ การดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่	การพัฒนาแนวทางในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย	จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์	คส
				PI 21.1 ร้อยละของการจัดตั้งคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไป	ขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรม	NA	NA	รพท2 แห่ง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แשר)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				PI 21.2 ร้อยละของการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทยแผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน					ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				
				PI 21.3 ร้อยละของการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทยแผนไทย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทยแผนไทยประจำการ					ร้อยละ 20	ร้อยละ 20				
				PI 21.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการสนับสนุนการปลูกกัญชาทางแพทย์ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน 1 แห่ง/จังหวัด					ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				
				KPI 22 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)	1. ขาดความร่วมมือจากประธาน rdu แต่ละรพ. 2.ทัศนคติของผู้ป่วยบางรายในเรื่องการใช้ยา ปริมาณที่ถูกต้อง									
				PI 22.1 RDU ชั้นที่2 >ร้อยละ 80		NA	> ร้อยละ 16.67	> ร้อยละ 66.67	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80	1. สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตื่นตัวในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ 4. ผู้สั่งจ่ายและผู้ขายยาปรับการสั่งจ่ายและการใช้ยาให้สมเหตุผล	โครงการป้องกันและควบคุมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และควบคุมการซื้อยาต้าน จุลชีพ	1.จัดประชุมคณะกรรมการ RDU จังหวัดสิงห์บุรีปีงบประมาณละ 3 ครั้ง ในแต่ละโรงพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	คปส
				PI 22.2 RDU ชั้นที่3 >ร้อยละ 40			>ร้อยละ 0	>ร้อยละ 0	>ร้อยละ 40	>ร้อยละ 40				
				PI 22.3 ร้อยละ 30 ของอำเภอในจังหวัดผ่านเกณฑ์ RDU Community ระดับ 3		NA	NA	NA	ระดับ 3					
				KPI 23 .AMR ระดับ Intermediate ร้อยละ 100			ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (เชื่อม ช่วย แשר)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				PI 23.1 อัตราการติดเชื้อตื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 15		รพ. สิงห์บุรี ลดลง ร้อยละ 17.67 รพ.	รพ. สิงห์บุรี ลดลง ร้อยละ 19.20 รพ.	ลดลง ร้อย ละ 15	ลดลง ร้อยละ 15					

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากร (People Excellence) (1 แผนงาน 1 ตัวชี้วัด) CHRO

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (บริษัทสิงห์บุรี/CHIEF/พบส.)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากร (People Excellence)	1. กำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายที่เหมาะสมเป็นธรรม และทั่วถึง และปฏิบัติงานอย่างมีความสุข	1.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์รแห่งความสุข	แผนงานที่ 1 การพัฒนาองค์กร	KPI 1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเป็นองค์กรแห่งความสุข	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการสร้างสุขในองค์กรยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	N/A	N/A	N/A	7 แห่ง	7 แห่ง	1.เสริมสร้างแรงจูงใจ 2.ปลูกฝังค่านิยมองค์กร 3.สร้างความผูกพันในองค์กร	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	1.จัดตั้งคณะทำงานนักสร้างสุขในองค์กร 2.พัฒนาดะทำงานนักสร้างสุขในองค์กร 3.ประเมินสุขภาวะในองค์กร 4.จัดทำแผนการสร้างสุขในองค์กร 5.จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/องค์ความรู้ การสร้างสุขในองค์กร 6.จัดกิจกรรมเนื่องในวันสำคัญต่างๆ เช่นวันขึ้นปีใหม่,วันสงกรานต์,วันมหิดล ฯลฯ 7.จัดกิจกรรมคัดเลือกบุคลากรดีเด่นด้านต่างๆ เช่น ข้าราชการพลเรือนดีเด่น,คนดีศรีสาธารณสุข ฯลฯ	HR

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)(4 แผนงาน 12 ตัวชี้วัด) CIO/CFO

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (บริษัทสิงห์บุรี/CHIEF/พบส.)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
ยุทธศาสตร์ที่ 4บริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	1.การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้	1.ระบบบริหารจัดการทรัพยากรที่มีคุณภาพและมีคุณธรรม	1. การพัฒนาระบบด้านการเงินการคลังและหลักประกันสุขภาพ	KPI 1.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระดับวิกฤตลดลง		ร้อยละ 33.33	ร้อยละ 33.33	ร้อยละ 33.33	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย Chief/พบส./CUP Board 2. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 3. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล 4. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		1.ประชุมคณะกรรมการ CFO จังหวัดเดือนละ 1 ครั้ง 2. กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผน Planfin 3. พัฒนาข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้	บริหาร
				KPI 2 ร้อยละของ รพสต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า 3 เดือน		ร้อยละ 85.12	ร้อยละ 97.87	ร้อยละ 93.62	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100			กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามแผนเงินบำรุง	บริหาร
				KPI 3. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณ		99.56	99.78	99.18	ร้อยละ 99.50	ร้อยละ 99.50			ติดตาม เร่งรัด การเบิกจ่ายงบประมาณในการประชุม กวป.	บริหาร
			2. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	KPI 4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิตดาว	ปีงบประมาณ 2563 ไม่สามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ เนื่องจาก สถานะการณโคโรนาไวรัส 2019	40.43	87.23	0	100	100	1.ขับเคลื่อนโดย Cup board 2.การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	แผนการพัฒนา รพ.สต.ดิตดาว ปี 2564	1.ประชุมคณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัดเพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์ร่วมกัน 2.ทบทวนเกณฑ์ให้กับทีมพี่เลี้ยงอำเภอ เพื่อการพัฒนาตามเกณฑ์ของ รพ.สต. ในเครือข่าย 3.ประเมินรับรอง และ re-acโดยทีมจังหวัด 3.สรุปผลการประเมินส่งเขต	ครบ.

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (บริษัท/สิ่งทู้/CHIEF/พบส.)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 5 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสภานักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	การนำเกณฑ์ PMQA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพองค์การไม่ เป็นรูปธรรม ที่ไม่ชัดเจน	100	100	100	100	100	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ 2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	แผนการพัฒนาความรู้ PMQA สู่อุปกรณ์	1. พัฒนาความรู้ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน PMQA 2. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานประจำ 3. กำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	ครบ.
				KPI 6. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	1. การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่องจะเร่งรัดดำเนินการเมื่อมีการประเมิน 2. คะแนนคุณภาพผ่านเพียงระดับเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน	100	100	100	100	100	1. ขับเคลื่อนโดย Cup board 2. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	แผนการพัฒนาคุณภาพบริการ (HA)	1. พัฒนาความรู้ทีมที่เลี้ยงเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี 2. ทบทวนระบบงานที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง 3. พัฒนาบุคลากรตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ	ครบ.
				KPI -7 ร้อยละของการจัดซื้อพร้อม	1. บุคลากรมีหน้าที่ความรับผิดชอบ						1. กระจายการจัดซื้อ 2. กำหนดมาตรฐานให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีคุณภาพตรงกันเสมอ เพื่อใช้ทดแทนกันได้	ประชุมคณะกรรมการ การ จัดซื้อพร้อมระดับจังหวัด	1. แต่งตั้งคณะกรรมการ 2. จัดทำและขออนุมัติแผนจัดซื้อจัดจ้าง 3. ดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุฯ 4. รายงานและประเมินผลการดำเนินงาน	คปส.
				PI -7.1 ยา ร้อยละ 30	หลากหลาย ทำให้ไม่มีเวลาปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และจัดการประชุมร่วมกัน	30%	30%	30%	30%	30%				
				PI 7.2 ทัศนคติ ร้อยละ 35	2. มูลค่าการจัดซื้อในระดับจังหวัดมีมูลค่าค่อนข้างสูง	35%	35%	35%	35%	35%				
				PI 7.3 วัสดุวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 70		70%	70%	70%	70%	70%				
				PI 7.4 เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ร้อยละ 58		55%	55%	55%	55%	55%				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (บริษัทสิงห์บุรี/CHIEF/พบส.)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 8 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 92	1.ขาดความชัดเจนในเรื่องของเอกสารซึ่งต้องนำมาแนบ(แต่ทาง ศปท.เสนอว่าปีนี้จะมีการแก้ไขให้ชัดเจนมากขึ้นลดการใช้ดุลยพินิจ) 2. บางหน่วยงานยังไม่มีความพร้อมทางด้านเว็บไซต์ของหน่วยงานที่ต้องนำเอกสารไปอัปโหลด 3.ขาดความรู้ความเข้าใจในข้อกำหนดตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT)	89.56	92.31	92.31	92	95	เสริมสร้างความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสังกัด สสจ.สิงห์บุรีมีความรู้ความเข้าใจในข้อกำหนดเกี่ยวกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนวินัยและการป้องกันการกระทำความผิดวินัย รวมทั้งกฎหมาย กฎและระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ราชการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น	โครงการเสริมสร้างวินัยและป้องกันการทุจริต ประพตติมิชอบ สสจ.สิงห์บุรี ประจำปีงบประมาณ 2564	1.ประชุมชี้แจงรับฟังปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์(EBIT)ในแต่ละไตรมาสทั้งหมด 4 ไตรมาส) 2.สร้างการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันปราบปรามการทุจริตประพตติมิชอบ ผลประโยชน์ทับซ้อน และวินัย รวมทั้งกฎหมาย กฎและระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากรในสังกัด สสจ.สท. 3.เยี่ยมชมและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	นิติการ
	2.ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมีคุณภาพและสนับสนุนการปฏิบัติงาน	2.ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมีคุณภาพ	แผนที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	KPI 9 ร้อยละโรงพยาบาลภาครัฐ มีการดำเนินงาน Smart Hospital	-ขาดระบบคิวในรูปแบบดิจิทัล -ช่องทางการติดต่อ API จากระบบ HIS รพ.เข้าสู่ส่วนกลางยังทำไม่ได้						-Cup Board CIO CFO และ พบส.ด้านสารสนเทศ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน พร้อมส่งเสริม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการ สร้างระบบที่เลี้ยงปรึกษาปัญหา	โครงการพัฒนาโรงพยาบาลเข้าสู่ระบบ Smart Hospital	1 ประชุมคณะกรรมการ CIO และ พบส.ด้านสารสนเทศเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงาน Smart Hospital 2 กำกับ ติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบ Smart Tools และ Smart Service ทุกไตรมาส 3 นำเสนอผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในที่ประชุม กวป.	ยุทธศาสตร์
				PI 9.1 Smart Tools , Smart Servicec		0	33.33	100	100	100				
				PI 9.2 Smart Outcome		NA	NA	NA	20	20				

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัด (KPI)	GAP ที่พบ	Baseline			ค่าเป้าหมาย		กลยุทธ์สำคัญ (บริษัทสิงห์บุรี/CHIEF/พบส.)	โครงการ	กิจกรรม	เจ้าภาพ
						2561	2562	2563	2564	2565				
				KPI 10 ร้อยละของสถานบริการ มีระบบข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา(43 แห่ง)	-บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง -ส่งข้อมูลไม่ครบถ้วนทุกแห่ง -ข้อมูลไม่ทันเวลา	NA	NA	30.19	80	85	ขับเคลื่อนโดย พบส.ด้านสารสนเทศ	ติดตามคุณภาพข้อมูลสถานบริการในระบบ Health Data Center	1.ตรวจสอบข้อมูลการส่ง 43 แห่งเข้าระบบ HDC รายสัปดาห์ 2.ตรวจสอบความถูกต้องด้วยโปรแกรม OPPP2010 3.ฟื้นฟูความรู้การบันทึกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แห่ง 4.กำกับ ติดตามคุณภาพข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) (กบป.)	ยุทธศาสตร์
				KPI 11 ระดับความสำเร็จของระบบข้อมูลให้บริการ (43 แห่ง) มีคุณภาพตามเกณฑ์ QOF	ผลการดำเนินงานผลงานข้อมูล 43 แห่งเพิ่มตามเงื่อนไขงบประมาณ QOF สปสช.ยังต่ำ ส่งผลต่องบประมาณของหน่วยบริการฯ	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 45.45	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 42.86	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 35.71	50	60	ขับเคลื่อนโดย พบส.ด้านสารสนเทศ	พัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งเพิ่มตามเงื่อนไขงบประมาณ QOF สปสช.	1.ประชุมคณะกรรมการ พบส.สารสนเทศ ชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูลใน HIS รพ./รพสต. ตามเงื่อนไขของ QOF 2.สร้างการรับรู้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานบริการ 3.กำกับติดตามและรายงานผลงาน QOF สปสช. ทุกเดือน (กบป.)	ยุทธศาสตร์
	3.เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	3.ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานวิชาการ วิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ มาใช้เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ	แผนที่ 4.พัฒนางานวิชาการ วิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ	KPI 12 จำนวนนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	1.ขาดการทบทวนความรู้ในการพัฒนางานวิชาการด้านสาธารณสุข 2.การจัดทำฐานข้อมูลงานวิชาการ 3.ขาดการนำเสนอผลการเพื่อการต่อยอด	6	9	14	20	30	ขับเคลื่อนโดย cup board คณะกรรมการฯ	โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ	1.พัฒนาความรู้ด้านจริยธรรมงานวิจัยแก่ จนท.ทุกระดับ 2.พัฒนาความรู้งานประจำสู่งานวิจัย ใน จนท.ทุกระดับ 3.จัดประชุมวิชาการประจำปี	ครบ.