

ส่วนที่ 1 ลักษณะสำคัญขององค์กร

(1) พันธกิจและหน้าที่ตามกฎหมาย

กรมอนามัย มีหน้าที่ตามกฎหมายที่ตราไว้ในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนที่ 98 ก ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2552 ดังนี้
ตารางที่ OP-01 บทบาทหน้าที่ของกรมอนามัย

หน้าที่ตามกฎหมาย (เรียงลำดับความสำคัญ)	ผลผลิต/สินค้า/บริการ และการส่งมอบ
1. พัฒนาระบบกลไกและการดำเนินการตามกฎหมาย	กฎหมาย (พรบ. กฎ/ประกาศกระทรวง การพิจารณาอุทธรณ์ คำแนะนำของคณะกรรมการตามกฎหมาย) นโยบาย ยุทธศาสตร์ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรฐานบริการหรือมาตรฐานผลิตภัณฑ์ จัดเป็นผลผลิตสายบน ซึ่งจะส่งมอบให้ระดับกระทรวง หรือ รัฐบาล เพื่อมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้หรือดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
2. พัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และมาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	
3. พัฒนาระบบและกลไก ในการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบบริการ เทคโนโลยีหรือนวัตกรรม	ข้อมูลสารสนเทศในการเฝ้าระวัง องค์ความรู้จากการศึกษาวิจัย รูปแบบบริการ นวัตกรรม คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร จัดเป็นผลผลิตสายล่าง ที่จะส่งมอบไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ เขตสุขภาพ ราชการส่วนภูมิภาค (จังหวัด/อำเภอ) และส่วนท้องถิ่น หรือ setting ต่างๆ ผ่านการประชุม การฝึกอบรม สัมมนา ดูกาน หรือส่งผ่านสื่อ digital โดยตรงไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ รวมถึงประชาชนด้วย
4. การประสานความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การสร้างกระแสสังคม และการรณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยี	

(2) วิสัยทัศน์และค่านิยม

วิสัยทัศน์ กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศ (National Health Authority) ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี (เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2558)

ค่านิยม/วัฒนธรรมองค์กร HEALTH (เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2549) ดังนี้

H : Health Model : เป็นต้นแบบสุขภาพ E : Ethics : มีจริยธรรม A : Achievement : มุ่งผลสัมฤทธิ์
L : Learning : เรียนรู้ร่วมกัน T : Trust : เคารพและเชื่อมั่น H : Harmony : เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

สมรรถนะหลักขององค์กร A2IM ซึ่ง A = Assessment (ประเมิน), A = Advocacy (ให้ข้อเสนอ), I = Intervention (ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม) และ M = management (จัดการ/อภิบาลระบบ)

(3) ลักษณะโดยรวมของบุคลากร (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2561)

ตารางที่ OP-2 ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

จำแนกตามตำแหน่ง			จำแนกตามระดับการศึกษา			จำแนกตามสายงาน		
ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ	การศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	สายงาน	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการ	1,870	52.63	ต่ำกว่า ป.ตรี	1,089	30.65	สายงานหลัก (แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นว.สาธารณสุข)	1,461	41.12
พนักงานราชการ	549	15.45	ป.ตรี	1,819	51.20			
พนักงานกระทรวง	445	12.52	ป.โท	530	14.92	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	2,092	58.88
ลูกจ้างประจำ	689	19.39	ป.เอก	115	3.24	สายงานสนับสนุน และสายงานอื่นๆ		
รวม	3,553	100	รวม	3,553	100	รวม	3,553	100

กรมอนามัยมีอัตรากำลังรวมทั้งสิ้น 3,553 คน จำแนกตามประเภท การศึกษาและสายหลักสายสนับสนุนได้ดังตารางที่ 1 เพื่อให้บุคลากรกรมอนามัยเกิดความผูกพันในการที่จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ โดย

1. กำหนด HR strategy ที่เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ของกรมฯ มีการกำหนด KPI แล้วกระจาย KPI ลงสู่ระดับหน่วยงานจนถึงระดับบุคคล (Personal scored card) พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS) ที่สามารถเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานและจ่ายวงเงินเลื่อนเงินเดือนสอดคล้องกับผลการปฏิบัติงาน

2. ให้ความสำคัญกับเรื่องสมรรถนะหลักขององค์กร (A2IM) โดยใช้ A2IM ในทุกขั้นตอนของการบริหารงานบุคคล ได้แก่ การสรรหาและคัดเลือกบุคลากร การเลื่อนระดับ การประเมินผลการปฏิบัติงาน และเป็นหัวข้อใน HRD (Human Resource Development)

กรมอนามัยได้มีการกำหนดข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในลักษณะที่เสี่ยงภัยต่อสุขภาพ โดยจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น ห่อแก๊สเรย์ ห้องทันตกรรม LAB ห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจวิเคราะห์ ฯลฯ จากสารเคมี

(4) ลินทรัพย์

ตารางที่ OP-3 ลินทรัพย์ที่สำคัญของกรมอนามัย

ประเภท	รายละเอียด
อาคารสถานที่	ส่วนกลาง อาคารสำนักงาน อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการ ศูนย์เด็กเล็ก, Fitness Center, บริการทันตกรรม ส่วนภูมิภาคศูนย์อนามัยที่ 1-12 สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ
วิชาการ	1) งานวิจัย & วิจารณ์ Health 2) นวัตกรรม 3) สมุดบันทึกสุขภาพกลุ่มวัยต่างๆ 4) มาตรฐานด้านส่งเสริมสุขภาพ (SMH,BFI,YFHS,HPH)และอนามัยสิ่งแวดล้อม (GCH,EHA) 5) หลักสูตรการอบรมต่างๆ
กฎหมาย	1) พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 2) พรบ.การป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 3) พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560
เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระบบฐานข้อมูลกลางกรมอนามัย (Data Center) ได้แก่ DoH Dashboard, ระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย (Department Operation Center : DOC), ระบบงานบุคลากรกรมอนามัย (HR), ระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (anamai.mail.go.th) เป็นต้น ,web site ของ กรม/กอง/สำนัก/ศูนย์เขต
อุปกรณ์การปฏิบัติงาน	ห้อง Lab ด้านโภชนาการ และอนามัยสิ่งแวดล้อมได้แก่1)อุปกรณ์และเครื่องมือตรวจวิเคราะห์และทดสอบทางวิทยาศาสตร์ขั้นสูง 2)Test Kits เช่น SI-2, ๑11 (ชุดตรวจสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย), ๑31 (ชุดทดสอบโคลิฟอร์มอีสเตรคเฮลิโอสไนน์) 3)รถ Mobile ตรวจวิเคราะห์คุณภาพสิ่งแวดล้อม

หมายเหตุ SMH : Safe Motherhood Hospital, BFI:Breath Feed Initiate, HPH : YFSH: Youth Friendly Health Services, HPH:Health Promoting Hospital, GCH :GREEN&CLEAN Hospital, EHA : Environmental Health Accreditation

(5) กฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับ

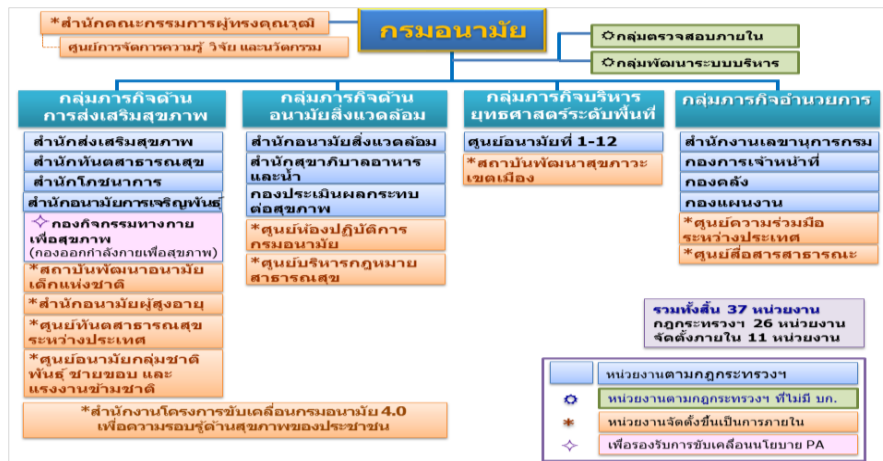
ตารางที่ OP-4 กฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับ

กรอบความร่วมมือ / พันธสัญญาระดับโลก / ข้อตกลงระหว่างสหประชาชาติ	กฎหมายระดับประเทศ	กฎหมายในกำกับดูแลของกรมอนามัย
SDGs, Paris Agreement, Global Nutrition Target, ASEAN Declaration, กรอบความร่วมมือด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม 14 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก, มติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 71	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 65, พรบ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534, พรบ.ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551, พรบ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540, พรบ.ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน	พรบ. 3 ฉบับ (อ้างอิงในลินทรัพย์ กรมอนามัย)

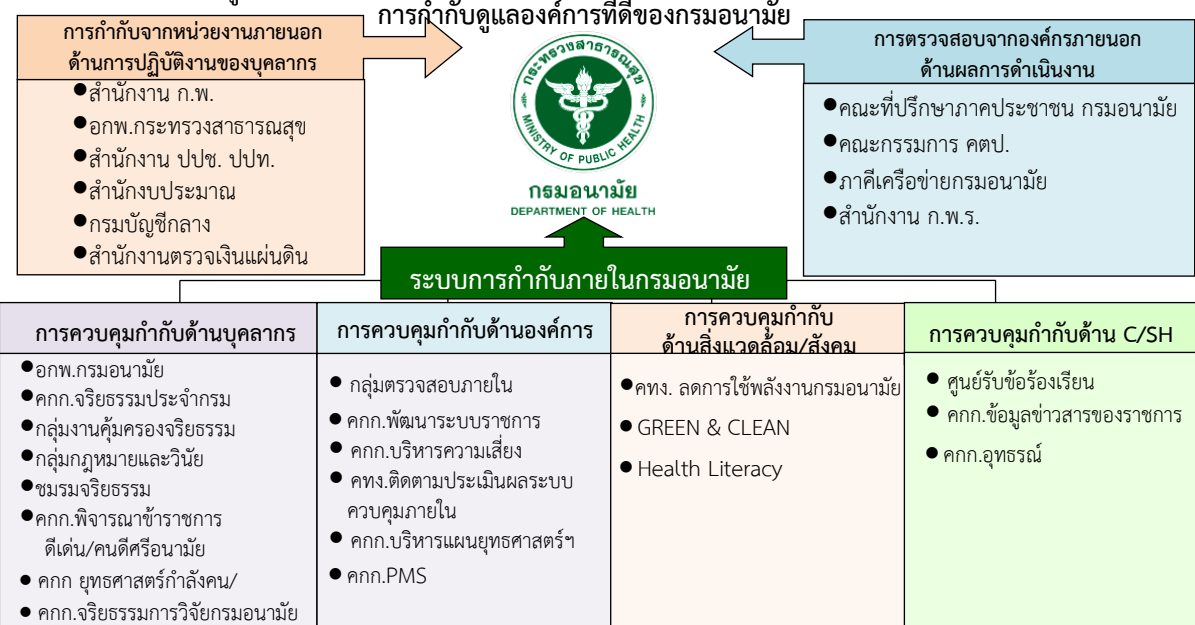
(6) โครงสร้างองค์กร

กรมอนามัยมีหน่วยงานในกำกับรวมทั้งสิ้น 37 หน่วยงาน (หน่วยงานตามกฎหมายกระทรวงฯ 26 หน่วยงาน และจัดตั้งภายใน 11 หน่วยงาน) ดังแผนภาพที่ OP-1 และมีระบบกำกับตามแผนภาพ OP-2

ภาพที่ OP-1 โครงสร้างกรมอนามัย



ภาพที่ OP-2 การกำกับดูแลตนเองที่ดีของกรมอนามัย



(7) ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสีย

ตารางที่ OP-5 สินค้าและบริการของกรมอนามัย

กลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	สินค้า/บริการ	ความต้องการและความคาดหวัง
ผู้รับบริการ 1.ประชาชน 4 กลุ่มวัย ได้แก่ สตรีและเด็ก, ปฐมวัย, วัยเรียนและวัยรุ่น, วัยทำงาน, วัยผู้สูงอายุ 2.Setting ต่างๆทั้งภาครัฐ/เอกชน/ท้องถิ่น เช่น ศูนย์เด็กเล็ก, โรงเรียน, องค์การในชุมชน (ชมรม, สมาคมต่างๆ ฯลฯ), วัดส่งเสริมสุขภาพ, สถานประกอบการ, รพ.	- องค์ความรู้/รูปแบบบริการ/เทคโนโลยี/นวัตกรรม - มาตรฐาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	- ได้มาตรฐาน/ข้อกำหนด - ใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ - ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์/บริการ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ฯลฯ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ 1.หน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนสาธารณสุข ได้แก่ เขตสุขภาพ, สสจ., รพท./รพช./รพ.สต., คกก.-พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, สป.สช., สช. 2.หน่วยงาน/องค์กรนอกภาคส่วนสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), สสส., และกระทรวงอื่น ๆ	- องค์ความรู้ นวัตกรรม ผลงานวิจัย มาตรฐาน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/มาตรการ - คู่มือแนวทางการดำเนินงาน หลักสูตร การพัฒนาศักยภาพ - กฎกระทรวง ประกาศกระทรวงและคำแนะนำในการดำเนินการตามกฎหมาย	- ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ - ใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ - การมีส่วนร่วมในออกแบบ หรือ แบ่งปันข้อมูล/ความรู้เพื่อปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้เหมาะสมกับพื้นที่ - มีปัญหาในการใช้งานสามารถปรึกษาได้สะดวก

(8) ส่วนราชการหรือองค์การที่เกี่ยวข้องกันในการให้บริการหรือส่งมอบงานต่อกัน

ตารางที่ OP-6 ส่วนราชการหรือองค์การที่เกี่ยวข้องกันในการให้บริการหรือส่งมอบงานต่อกัน

ส่วนราชการ/ องค์การที่เกี่ยวข้อง	บทบาทในระบบงาน ของกรมอนามัย	ข้อกำหนดสำคัญ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน	กลไกในการสื่อสาร
1. องค์กรภาครัฐ ได้แก่ กระทรวง/กรมทั้งภายในและ ภายนอกกระทรวง/หน่วยงาน และองค์กรส่วนภูมิภาค/ท้องถิ่น	- การพัฒนารูปแบบ - การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ - การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน	- ดำเนินงานภายในขอบเขตภารกิจ ขององค์กร - การสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ/กระทรวง/กรม	- MOU ร่วมกัน โดยกำหนด วัตถุประสงค์ที่มีร่วมกัน ภารกิจของแต่ละหน่วยงาน รวมถึงข้อตกลงต่างๆ - แต่งตั้ง คกก./คพท. - การประชุม/สัมมนา และ สรุปผลการประชุม
2. มหาวิทยาลัยทั้งของรัฐและ เอกชน	- การพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรม - การจัดทำหลักสูตร	- ข้อมูล ความรู้ทางวิชาการ ที่ถูกต้อง ทันสมัย และเป็น ประโยชน์ต่อการดำเนินงาน	- หนังสือราชการ - รายงานความก้าวหน้า การบรรลุวัตถุประสงค์/KPI
3. องค์กรภาคเอกชน / NGO /องค์กรภาคประชาชน/อื่นๆ	- การเป็นเครือข่าย / หุ้นส่วนสนับสนุนและร่วม ขับเคลื่อนการดำเนินงาน	- การมีส่วนร่วมในการ คิด/ ตัดสินใจ/ดำเนินการ - สนับสนุนการดำเนินงาน	

(9) สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขันทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ภายในประเทศ

- การอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ ไม่มีคู่แข่งเนื่องจากเป็นส่วนราชการที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งการแบ่งส่วนราชการมักจะมีภารกิจที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน
- ประเด็นเปรียบเทียบกับส่วนราชการอื่นๆในการพัฒนาองค์กรและการบริหารจัดการ
 - 2.1 ได้รางวัลองค์กรโปร่งใส (NACC Integrity Awards) จากสำนักงาน ป.ป.ช. ปี 2557- 2561
 - 2.2 รางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังภาครัฐ จากกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 ระดับดีเลิศ พ.ศ. 2560 ระดับดี พ.ศ. 2561 ระดับดี
 - 2.3 การเบิกจ่ายงบประมาณสูงสุดในกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2560 ได้อันดับ 3 ปี 2561 ได้อันดับ 3
 - 2.4 การพัฒนาตาม PMQA ผ่านการรับรอง 2 หมวด คือ หมวด 1 (2559) และ หมวด 4 (2561)
 - 2.5 รางวัล TPSA สาขาพัฒนาบริการและสาขานวัตกรรม ได้รับรางวัลระดับดี (6 ผลงาน) และ ดีเด่น (3 ผลงาน) รวม 9 รางวัล (ปี 2559 - 1 รางวัล, ปี2560 - 2 รางวัล ปี 2561 - 6 รางวัล)

ภายนอกประเทศ

ตารางที่ OP-7 KPI ที่กรมอนามัยรับผิดชอบในฐานะตัวแทนของประเทศ เปรียบเทียบกับประเทศใน ASEAN

	ไทย	ลาว	เมียนมา	กัมพูชา	อินโดฯ	ฟิลิปปินส์	เวียดนาม	มาเลเซีย	บรูไน	สิงคโปร์
MMR	20	197	178	161	126	114	54	40	23	10
IMR	9	50	36	77	23	21	17	13	10	2
HIV %	1	24	9	10	27	27	12	6	NA	NA
Teenage Birth	44	NA	NA	52	NA	63	39	14	7	4
Sanitation %	96	NA	NA	NA	NA	78	65	94	NA	NA
Safe water %	98	NA	NA	NA	NA	93	92	99	NA	NA

MMR = Maternal Mortality ratio/100,000 LB,IMR = Infant mortality rate /1,000 LB,HIV = HIV transmission from mother to child ,Teenage birth rate / 1000 (Source : Mundi index 2015)

(10) การเปลี่ยนแปลงด้านการแข่งขัน

- การเปลี่ยนบทบาทของกรมฯจาก Technical Supporter ซึ่งมีผู้เล่นมาก เช่น มหาวิทยาลัย กรมฯ วิชาการอื่นๆ มาทำบทบาท System Governance ซึ่งเป็นตำแหน่งยุทธศาสตร์ที่ไม่มีคู่แข่ง
- การเปลี่ยนแปลงเรื่องเขตสุขภาพ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นโอกาสในการสร้างพันธมิตรและนวัตกรรมในเขตสุขภาพผ่าน Regional Health Board และอำเภอผ่าน พชอ.
- การปฏิรูปประเทศ และการปฏิรูประบบราชการ 4.0 สถาปนา ๒๒ ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบสร้างโอกาสในการนวัตกรรมและความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆเพื่อยกระดับความรอบรู้ของคนไทย

(11) แหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ

ภายในประเทศ : ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)/Health Data Center (HDC) / รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 (อ.วิชัย เอกพลากร) /มติ ครม./เว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/เอกสาร MOU/รายงานผลการสำรวจความต้องการพัฒนาศักยภาพด้าน HIA (Health Impact Assessment) จัดทำโดย สช.

ภายนอกประเทศ : WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, SDGs

(12) ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์และความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์

ตารางที่ OP-8 ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์

ด้านพันธกิจ	1. ระบบสุขภาพเผชิญปัญหาผู้สูงอายุ (Aging Society) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ส่งผลให้ต้นทุนในส่วนของ การรักษาพยาบาลสูงขึ้น การเติบโตของเมือง (Urbanization) ส่งผลต่อทั้งด้านวิถีชีวิต (Lifestyle) และสิ่งแวดล้อม การปรับระบบบริการเพื่อสร้างน่าซ่อมสุขภาพ การสร้างสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การพัฒนา Setting ต่างๆ ได้แก่ รพ. โรงเรียน ชุมชน เมือง รวมถึง นโยบายของทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพคือประเด็นท้าทาย 2. การปฏิรูประบบสาธารณสุขแบ่งบทบาทหน้าที่ ส่วนกลางทำหน้าที่ Regulators ด้านบริการ (Providers) กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ บูรณาการคุณภาพชีวิตที่ระดับอำเภอ โดย พขอ.
ด้านปฏิบัติการ	1. วัฒนธรรมการทำงานองค์กรภาครัฐที่ทำตามบทบาทหน้าที่แบบแยกส่วนขาดการบูรณาการ 2. Digital เปลี่ยนรูปแบบผลิตภัณฑ์และ Work Flow (จาก Pipe line เป็น Platform) ทำให้สามารถพัฒนา Digital Product ที่ส่งตรงไปยังแต่ละกลุ่มเป้าหมายจนถึง End users ได้
ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม	1. การสร้างความเสมอภาคทางสุขภาพของประชาชน (Equity) 2. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน (sustainable resources utilization)
ด้านบุคลากร	1. การบริหารกำลังคนเพื่อให้มีปริมาณเพียงพอต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (HR Allocation, Transformation and Re-Structure) จากการเกษียณอายุราชการในอีก 6 ปีข้างหน้าในอัตราสูง และสัดส่วนบุคลากรที่อยู่ใน Gen X และ Y เพิ่มขึ้น 2. การพัฒนาสมรรถนะเพื่อให้สามารถทำบทบาทภารกิจระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ OP-9 ความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์

ความได้เปรียบ	การนำมาใช้ประโยชน์
ด้านพันธกิจ : มี พรบ. ในความรับผิดชอบ 3 พรบ	เพื่อปกป้องและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็ก (นมแม่) วัยรุ่น (การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) และสิ่งแวดล้อม
ด้านปฏิบัติการ : มีหน่วยงานในส่วนกลางและหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคครอบคลุมทั้งเชิงประเด็นและพื้นที่ ทำให้เอื้อต่อการดำเนินงาน	1) พัฒนากลไกประสานงานกับ National Health board ในส่วนกลาง และ Regional Health Board ในส่วนภูมิภาค (เขต) 2) พัฒนากลไกประสานงานกับ พขอ. โดยเฉพาะ สสอ. เพื่อบูรณาการกับภาคส่วนอื่นในการยกระดับคุณภาพชีวิตภายในอำเภอ

(13) ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงาน

1. การออกแบบระบบการนำองค์กรใหม่ ที่มีกลไก 3 ทีมนำหลัก (Engagement Leadership Teams) ได้แก่ ทีมนำทีมยุทธศาสตร์ และทีมการเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรม โดยใช้กลยุทธ์ 3L คือ Lead Lean Learn ในการปรับปรุงงาน
2. การออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ (Core Business Process ; CBP) ในการส่งมอบ products ไปถึง End Users ทั้งผ่านตัวกลาง และไม่ผ่านตัวกลางไปถึง End users โดยตรง (Digital Products)
3. การวางระบบบริหารจัดการภายใน เพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ด้วยเครื่องมือคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA, PMQA 4.0) และการปรับระบบข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร และการนำระบบ Lean มาใช้
4. การมีกลไกกำกับติดตามอย่างเข้มข้น (Intensive M&E) ทุกวันอังคาร (Tuesday Regular Meeting : TRM)
5. ปรับระบบการบริหารผลการปฏิบัติงาน (Performance Management System : PMS) ที่เชื่อมต่อกับ PA และนำผล PMS มาใช้เลื่อนขั้นเงินเดือนและทำ Individual Development Plan

ส่วนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ส่วนที่ 2-1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์

หมวด 1 การนำองค์กร

1.1 การนำองค์การโดยผู้บริหารของส่วนราชการ

จากเดิม กรมอนามัยเป็นกรมวิชาการมีวิสัยทัศน์ “ภายในปี 2563 ประเทศไทยเป็นผู้นำในอาเซียนด้านระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อคนไทยสุขภาพดี” ในปี 2556-2557 กรมได้มีการทบทวนสถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป บทบาทที่พึงประสงค์ วิเคราะห์ส่วนต่างที่ต้องพัฒนา และเพื่อสนองตอบวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) คือ มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนและ รวมทั้งสอดคล้องกับการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ ในปี 2559 อธิบดีกรมอนามัยจึงได้ประกาศเจตนารมณ์ “รวมพลัง” เปลี่ยนกรมอนามัย โดยมีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์คือ 3L (Lead คือยกระดับการนำเพื่อให้เป็น National Lead, Lean คือปรับเปลี่ยนกระบวนการ เพื่อให้ไปสู่คุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) มีคุณธรรม (Moral) โปร่งใส ตรวจสอบได้ (Account) และ Learn คือสร้างบุคคลเรียนรู้ (Learning Personnel) เพื่อต่อยอดไปสู่องค์กรเรียนรู้ (Learning Organization) และในปี 2560 กรมฯโดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารกรมอนามัย หัวหน้าหน่วยงาน นักวิชาการ และบุคลากรกรมอนามัยได้ทบทวนและประกาศวิสัยทัศน์ใหม่ คือ “องค์การหลักของประเทศในการอภิบาล (ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง) ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยมีพันธกิจคือ ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือและกำกับดูแล เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน รวมถึงได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) การถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ โดยมีการกำกับติดตามอย่างเข้มข้น (Intensive Monitoring & Evaluation) และปรับกระบวนการทำงานใหม่ ให้ทุกหน่วยงานมีทิศทางสู่เป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น (waste) ส่งผลให้ผลลัพธ์ส่วนใหญ่สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ดังเอกสาร : ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงาน)

กรมอนามัยได้กำหนด “HEALTH” เป็นวัฒนธรรมองค์กรมาตั้งแต่ก่อนปี 2559 ซึ่ง H : Health Model (เป็นต้นแบบสุขภาพ) E : Ethics (มีจริยธรรม) A : Achievement (มุ่งผลสัมฤทธิ์) L : Learning (เรียนรู้ร่วมกัน)

Core Value "MOPH"	Culture "HEALTH"	พฤติกรรมพึงประสงค์
M Mastery เป็นนายตัวเอง มีวินัย ใฝ่เรียนรู้ รอบรู้ด้านสุขภาพ	H Health Model	E Ethics 1. ร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ 2. ตรงต่อเวลา 3. เคารพสิทธิผู้อื่น 4. ซื่อสัตย์ ยึดมั่นในความถูกต้อง 5. มีทักษะถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ
O Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ กล้าคิด กล้าทำ พัฒนานวัตกรรมที่สร้างสรรค์	A Achievement	L Learning 1. ร่วมกิจกรรมทางวิชาการ 2. มีข้อเสนอใหม่ ๆ มานำเสนอ 3. กล้าแสดงออก กล้านำเสนอ 4. ทำงานอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย 5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
P People centered ใส่ใจประชาชน เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา ใจดีอย่างยั่งยืน	T Trust	H Harmony 1. รับฟังความคิดเห็นของประชาชน/ลูกค้าอย่างตั้งใจ 2. ให้บริการด้วยความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ 3. กระตือรือร้นในการบริการประชาชน 4. มีทักษะการทำงานกับเครือข่าย 5. สื่อสารสร้างแรงจูงใจให้คนรอบข้างดูแลตนเองได้
H Humility ถ่อมตน อ่อนน้อม มีสัมมาคารวะ เข้มแข็ง ใจดี รับฟังความคิดเห็น มุ่งเน้นส่วนรวม	H Harmony	1. มีสัมมาคารวะ ถ่อมตน อ่อนน้อม 2. พร้อมรับผิดชอบ พร้อมให้อภัย 3. ซื่อสัตย์และซื่อสัตย์ เห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น 4. สร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร 5. มีความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน

แผนภาพที่ 1-1 HEALTH to MOPH

T : Trust (เคารพและเชื่อมั่น) H : Harmony (เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน) และได้มีการส่งเสริม/กระตุ้นให้มีการนำวัฒนธรรมองค์กรไปปฏิบัติ โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ซึ่งพบว่าร้อยละ 100ของหน่วยงานมีการนำวัฒนธรรม HEALTH ไปปฏิบัติอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกประเด็นโดยวัดจากรายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองฯ ในระบบ DOC และในปี2560 กระทรวง

ประกาศใช้ค่านิยม MOPH กรมจึงประกาศใช้ HEALTH to MOPH ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนยุทธศาสตร์กำลังคนกรมอนามัย พ.ศ.2560-2564 (DoH 4.0's HR Strategy) โดยมีเป้าประสงค์ “เพิ่มความสุขและคุณภาพชีวิตการทำงาน ให้บุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรม และเกิดความผูกพันต่อองค์กร” รวมถึงมีการกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ดังแผนภาพที่ 1-1 ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรม Health Model ให้เกิดรูปธรรม ปี 2561 กรมอนามัยได้ประกาศนโยบายให้มีการออกกำลังกายทุกวันพุธ เวลา 15.00 น. และในปี 2562 เพื่อเร่งขับเคลื่อน Health Model สู่การเป็นต้นแบบองค์กรส่งเสริมสุขภาพ จึงได้กำหนดให้มี 4 โปรแกรมหลัก คือ 1. การประกาศเจตนารมณ์เป็นองค์กรต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ 2. Moving Forward กับผู้บริหาร ทุกวันพุธของ

เดือน 3. Happy Health Happy Walk Steps Challenge และ 4. Dream Fit Program ส่งผลให้ร้อยละของบุคลากรกรมอนามัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 52.30, 60.60 และ 65.71 (เป้าหมาย ร้อยละ60)

อธิบดีให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กรเพื่อให้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์ของกรมอย่างทั่วถึง ด้วยรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเน้นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) อาทิ การประชุม Tuesday Regular Meeting ทุกวันอังคาร มีการสื่อสารผ่านการประชุมทางไกล (Web Conference) เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และต่อยอดวิธีทำงาน รวมถึงร่วมตัดสินใจ ชี้แนะ ชี้แนะและให้คำปรึกษาเพื่อร่วมแก้ปัญหาที่สำคัญในงาน รวมถึงมีการสื่อสารผ่าน Social Media อาทิ Facebook, Line group, e-mail ฯลฯ และมีการสื่อสารภายนอกองค์กรสู่ผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านการประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข การตรวจราชการ การนิเทศติดตาม การเยี่ยมเสริมพลัง (อาทิ เวที 4 ภาค, ศูนย์อนามัยเขต, พื้นที่ตำบลบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ฯลฯ) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ วิทยูและสื่อ electronics

อธิบดีได้ประกาศเรื่ององค์การแห่งการเรียนรู้ไว้อย่างชัดเจนในวัฒนธรรมองค์กร และกำหนดให้เป็นหนึ่งในเป้าประสงค์สำคัญของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาลตามแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย รวมถึง คกก.พัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการ(กพว.) ระดับกรมให้เป็นทีมที่สำคัญในการขับเคลื่อนการเติบโตองค์กรด้วยข้อมูล ความรู้ เทคโนโลยี งานวิจัย และนวัตกรรม โดยมีการกำหนดให้มีการประชุม คกก.ทุกสัปดาห์ที่สามของเดือน มีเวทีนำเสนอผลงานการจัดการความรู้ (LIKE Talk Award) ที่เกิดจากการการปรับปรุงการดำเนินงาน (Lean) นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ (Innovation) และการจัดการความรู้ (Knowledge) ที่มีความโดดเด่น (Excellence) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่กรมอนามัยมีการถ่ายทอดและเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน จนได้รับความสนใจและเกิดการบูรณาการระดับหน่วยงาน อาทิ เวที LIKETalkAward ภาคเหนือ เป็นต้น นอกจากนี้กรมยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ ทักษะ สมรรถนะ การปรับกระบวนทัศน์และการเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรด้วยรูปแบบวิธีการพัฒนาที่หลากหลายตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายแต่ละระดับโดยสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรต่างๆ มีการทำ MOU กับสถาบันการศึกษาในการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น หลักสูตรนักบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพ (นบอส.) และการจัดสรรทุนฝึกอบรมและทุนการศึกษาทั้งภายในและภายนอกประเทศอีกทั้งมีการพัฒนาหลักสูตร (InHouseTraining) เตรียมความพร้อมผู้มีความรู้สูงในทุกกระบวน (NegSof และ OSOF) ให้กับบุคลากรในการวางแผนสร้างความต่อเนื่องทางการบริหาร

1.2 การกำกับดูแลองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม

อธิบดีได้กำหนดกลไกการกำกับดูแลหน่วยงานในสังกัดโดยมอบอำนาจให้รองอธิบดีกำกับดูแลหน่วยงานทั้งส่วนกลางและที่ตั้งในภูมิภาค รวมทั้ง Cluster ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานแบบบูรณาการตามนโยบายปฏิบัติการทำงานแบบคร่อมและข้ามสายงาน (Cross Function) ซึ่งในระดับกรมประกอบด้วยกลุ่มวิชาการ 5 Clusters ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญความรู้หลายศาสตร์ประกอบกัน และมีกลุ่มสนับสนุน 4 Clusters ได้แก่ กลุ่มการคลังและงบประมาณ (Financial & Budgeting: Fin) กลุ่มข้อมูลการจัดการความรู้และการเฝ้าระวัง (KM & IT & Surveillance System : KISS) กลุ่มยุทธศาสตร์กำลังคน (HR) และกลุ่มกฎหมาย (LAW) ซึ่งมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานผ่านตัวชี้วัดที่สำคัญที่ส่งผลถึงการบรรลุเป้าหมายตามภารกิจและแผนยุทธศาสตร์ฯ ของกรมฯ และถ่ายทอดลงสู่ระดับหน่วยงานและบุคคล (Performance Management System:PMS) กำหนดให้หน่วยงานรายงานผลงานในระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน (DOC) โดยมีหน่วยงานเจ้าภาพตัวชี้วัด (Project Manager) ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเสนอในการประชุมผู้บริหารกรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานต่อไป กรมฯได้นำ

ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในมาเป็นกลไกที่สำคัญและเครื่องมือในการกำกับติดตามการดำเนินงานของทุกหน่วยงานโดยแต่งตั้ง กก.ระบบควบคุมภายในระดับกรมและหน่วยงาน เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติและการขับเคลื่อนการควบคุมภายในซึ่งจะช่วยให้การบริหารจัดการของกรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการสอบทานระบบควบคุมภายในโดยผู้ตรวจสอบภายในเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าระบบควบคุมภายในของกรมฯ สามารถป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้และมีการกำกับดูแลองค์การที่ดี (Good Governance) กรมฯได้มีการจัดตั้งผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานเพื่อช่วยดำเนินการตรวจสอบภายในเบื้องต้นจากการดำเนินงานทำให้กรมฯได้รับเกียรติบัตรเป็นองค์กรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบควบคุมภายใน ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2560

กรมฯ ได้มีการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ที่สำนักงาน ป.ป.ท. กำหนดโดยคะแนนการประเมิน ITA ย้อนหลัง 3 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ปี 2559, 2560 และ 2561 เท่ากับ 77.90, 83.71 และ 85.04 ตามลำดับ ซึ่งกรมฯได้รับโล่เกียรติคุณหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ กรมฯได้ถ่ายทอดตัวชี้วัด ITA สู่ระดับหน่วยงาน โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ และได้ประกาศเจตนารมณ์ “คนไทยไม่ทนต่อการทุจริต”(ZERO Tolerance) จากการดำเนินงานกรมฯ ได้รับรางวัล องค์กรโปร่งใส (NACC Integrity Awards) ตามหลักเกณฑ์ของ ป.ป.ท. 5 ปี ติดต่อกันตั้งแต่ปี 2557-2561

ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม กรมฯมีการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงาน อาทิ กรณีสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่เพิ่มขึ้นของคนไทย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ น้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมฯร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกำหนดมาตรการสำคัญในการแก้ปัญหา โดยการใช้นโยบายการคลังเพื่อเก็บภาษีสินค้าเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลในปริมาณสูง ขับเคลื่อนให้มีการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีสรรพสามิต โดยกฎกระทรวงกำหนดพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ภายใต้พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตฉบับใหม่ บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2560 เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานของคนไทย การใช้มาตรการนี้อาจส่งผลกระทบในทิศทางที่ประชาชนเลือกบริโภคสารให้ความหวานแทน ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถลดการบริโภคหวานของคนไทย เพื่อให้การดำเนินนโยบายด้านภาษีเป็นไปตามวัตถุประสงค์ กรมฯร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการดังกล่าวในประเด็น 1)การปรับตัวภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่ม 2)สำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานของคนไทย 3)ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ (cost effectiveness) เพื่อนำข้อมูลมาจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้ง กก.ที่ทำงานในมาตรการที่ไม่ใช่ภาษี (Non-tax measure) เพื่อดำเนินการดังนี้ 1)ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ 2)การเพิ่มการกระจายและเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ได้รับเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพ (Distribution & Availability) ปรับสูตรและพัฒนาเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ (Reformulation; Less or No Sugar) ทำการตลาดที่เหมาะสม (Responsible Marketing) และ 3)ออกกฎหมาย/ข้อบังคับ ได้แก่ ฉลากโภชนาการ GDA และปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการเสียโชค

กรมฯได้ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกกลุ่มวัยและทุกพื้นที่ โดยกรมฯมีศูนย์อนามัยเขตและ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ฯ อยู่ในพื้นที่เพื่อการเชื่อมต่อการกิจและบทบาทดังกล่าว และได้ดำเนินงานโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยของเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ ซึ่งนักเรียนมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากห้องส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะโดยในปี 2557-2558 ได้เน้นวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ด้วยการสร้างและปรับปรุงห้องส้วมให้ถูกสุขลักษณะ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น ชุมชน และนักเรียนอาชีวศึกษา เป้าหมายโรงเรียน 60 แห่ง ซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ในการสนับสนุนทุน วัสดุ และอุปกรณ์ต่างๆ และได้ขยายโครงการฯ ระยะที่ 2 ในปี 2558-2561 รวมโรงเรียนที่ได้รับการพัฒนาทั้งสิ้น 390 แห่ง

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.1 สารสนเทศผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กรมอนามัยมีพันธกิจในการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(Customer/Stakeholder : C/SH) มีความต้องการใน 2 เรื่องหลักคือ สุขภาพดีขึ้น (Improve Health) และพึงพอใจ (Satisfaction) ข้อมูลข่าวสารของ C/SH จึงต้องครอบคลุมใน 2 ประเด็นดังกล่าว C/SH จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) C/SH สายบน ได้แก่ คณะรัฐมนตรี ผู้บริหารกระทรวง/กรมที่เกี่ยวข้อง 2) C/SH สายล่าง ได้แก่ กลุ่มประชาชนแบ่งตามช่วงวัย 4 กลุ่มวัย คือ วัยสตรีและเด็กปฐมวัย วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ และ Setting ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่นำมาตรฐานของกรมฯไปใช้ ได้แก่ โรงพยาบาล, ศูนย์เด็กเล็ก, โรงเรียน, องค์กรในชุมชน (ชมรม, สมาคม), วัดส่งเสริมสุขภาพ, สถานประกอบการ เป็นต้น มีการสร้างนวัตกรรมผ่านโครงการของกรมอนามัย เช่น “โครงการสาวไทยแถมแดง มีลูกเพื่อชาติ” โดยตั้งชื่อให้เป็นที่สนใจของประชาสังคมเพื่อแก้ปัญหาโลหิตจาง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของแม่และพัฒนาการของเด็กในครรภ์และหลังคลอด และบูรณาการกับองค์กรเภสัชกรรมเพื่อผลิตวิตามินโพลีและธาตุเหล็กและตั้งชื่อว่า “วิตามินแสนวิเศษ” ใช้ช่องทางการสื่อสารโครงการผ่านสื่อมวลชน เพิ่มช่องทางการรับวิตามินแสนวิเศษโดยขอรับยาผ่านเว็บไซต์ www.สาวไทยแถมแดง.com และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ เกิดการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมทั้งให้ความสำคัญกับการดำเนินงานรับฟังความคิดเห็นของ C/SH เพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความต้องการ และความนิยมชมชอบของ C/SH นำไปสู่การปรับปรุงผลผลิตและบริการ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1)การรับฟังความคิดเห็นในเชิงรุก ทั้งการรับฟังความคิดเห็นแบบภาพรวม และการรับฟังความคิดเห็นทุกครั้งภายหลังการให้บริการ และ 2)การรับฟังความคิดเห็นในเชิงรับตามจุดสัมผัส(Contact Point) ที่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มาใช้บริการ ตามตารางที่ 1 วิธีการเรียนรู้/รับฟัง และความถี่ในการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ (Voice of Customer)

ตารางที่ 3-1 วิธีการเรียนรู้/รับฟัง และความถี่ในการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ (Voice of Customer)

แหล่งข้อมูล	ผู้รับบริการสายบน	ผู้รับบริการสายล่าง		ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
	กรม. ผู้บริหาร กระทรวง/กรม ที่เกี่ยวข้อง	ประชาชน 4 กลุ่ม วัย (สตรีและเด็ก ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ)	Setting ต่างๆ (ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ชุมชน วัด สถานประกอบการ ฯลฯ)	หน่วยงาน/องค์กรใน ภาคส่วนสาธารณสุข (เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. พขอ. ฯลฯ)	หน่วยงาน/ องค์กรนอกภาค ส่วนสาธารณสุข (อปท. สปสช. สสส. กระทรวง อื่นๆ ฯลฯ)
ฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center		ประมวลสถานะ สุขภาพตามกลุ่ม วัยรายเดือน/ปี	-	วิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ รายเดือน/ปี	วิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพทุกกลุ่มวัย ให้รายเดือน/ปี
แบบประเมิน		-	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี
การประชุม/สัมมนา	ตามวาระการ ประชุมผู้บริหาร		ทุกครั้งที่ประชุม/ สัมมนา	ทุกครั้งที่ประชุม/ สัมมนา	ทุกครั้งที่ประชุม/ สัมมนา
ตรวจราชการ/นิเทศงาน	2 ครั้ง/ปี	-	-	2 ครั้ง/ปี	-
วิเคราะห์สถิติจาก ฐานข้อมูล		ทุกเดือน	ทุกเดือน	-	-
Web board		ทุกเดือน	ทุกเดือน	ทุกเดือน	ทุกเดือน
Social media		เมื่อมีการ ดำเนินงาน	เมื่อมีการดำเนินงาน	เมื่อมีการดำเนินงาน	เมื่อมีการ ดำเนินงาน
วิเคราะห์ข่าว		ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน
อื่นๆ (โทรศัพท์/ สัมภาษณ์ ฯลฯ)		ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน

กรมอนามัยนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการจัดเก็บและสืบค้นสารสนเทศของ C/SH เช่น เชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพของหน่วยงานในสังกัด กสธ. Health Data Center (HDC) เข้าสู่ฐานข้อมูล DOH Dashboard ของกรม เพื่อให้ทราบสภาวะสุขภาพของ C/SH พร้อมทั้งจัดทำเป็นแอปพลิเคชันสำหรับใช้งานบนโทรศัพท์มือถือ (Mobile Application) การจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน C/SH ไว้ในฐานข้อมูลกลาง (Data Center) ซึ่งสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านเว็บไซต์กรมอนามัย และมีฐานข้อมูล C/SH ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล อปท. โดยเก็บรายชื่อ สถานที่ และสถิติจำนวน C/SH ที่จำแนกตามกลุ่มวัยและ Setting เช่น รายชื่อและหมายเลขติดต่อของโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้นำเทคโนโลยีเข้ามาเปลี่ยนรูปแบบการสอบถามความคิดเห็นจากแบบกระดาษ เป็นการสอบถาม Online ผ่านโปรแกรม Google Form ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บข้อมูล ประหยัดเวลา ทำให้การประมวลผลรวดเร็ว แม่นยำมากยิ่งขึ้น การติดตามสถานการณ์ข่าวสารด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจากสื่อมวลชน ประเภตสื่อสิ่งพิมพ์ จากการตัดข่าวหนังสือพิมพ์ในรูปแบบกระดาษเป็น ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บในฐานข้อมูลและนำขึ้นเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์กรมฯ ทั้งนี้ กรมฯยังคงให้บริการในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีด้วย และมีการทบทวนสารสนเทศด้านสถานการณ์สุขภาพ เพื่อให้ทราบสภาพการณ์และค้นหากลุ่ม C/SH ทั้งในปัจจุบันและที่พึงมีในอนาคต โดยคำนึงถึงแนวโน้มสุขภาพของโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และการดำเนินงานตามนโยบายในระดับต่างๆ ทั้งระดับโลก/ชาติ/กระทรวงสาธารณสุข การเพิ่มการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย (Coverage) โดยพัฒนาผลิตภัณฑ์ผ่าน Apps ที่ตรงไปสู่ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ถือเป็นโอกาสพัฒนาและเป็นลูกค้าในอนาคตของกรมฯ นอกจากนี้ กรมอนามัยได้ Focus ว่าผลิตภัณฑ์ใดเป็น Product Champion เพื่อประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของ C/SH ทั่วประเทศ เช่น ความพึงพอใจของเครือข่ายที่มีต่อผลิตภัณฑ์สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เท่ากับร้อยละ 77.58 และมีข้อมูลสะท้อนกลับให้เห็นถึงความไม่พึงพอใจในผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อาทิ เนื้อหาเยอะเกินไป ไม่น่าอ่าน มีแต่ตัวอักษร เข้าใจยาก เป็นต้น ทั้งนี้ ข้อมูลความไม่พึงพอใจที่ได้ทำให้มีการนำมาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้เหมาะสม โดยการปรับเนื้อหาให้กระชับ จาก 120 หน้า เหลือ 80 หน้า มีการใช้ภาพประกอบแบบ Info graphic แบ่งประเภทเนื้อหาระหว่างแม่และลูกให้ชัดเจนขึ้น พร้อมทั้งร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น และเนคเทค ปรับรูปแบบสมุดสืบทายให้เป็นอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านแอปพลิเคชันคุณลูก ผลจากการพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กกรมอนามัย ทำให้เป็นผลิตภัณฑ์นี้ได้รับการยอมรับ ถึงขั้นให้ใช้เป็นหน้าปกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของอาเซียน ถูกแปลถึง 5 ภาษา คือ ไทย อังกฤษ พม่า กัมพูชา และยาวิ

3.2 การสร้างความผูกพัน

กรมอนามัยวิเคราะห์ Value and Supply chain และกำหนดกระบวนการทำงานหลัก (Core Business Process : CBP) ทำให้มองเห็นความต้องการและความคาดหวังของ C/SH ในแต่ละผลิตภัณฑ์ตลอดทั้ง Value and supply chain ครอบคลุมทั้งลูกค้าสายบน (ระดับนโยบาย) และสายล่าง (ระดับปฏิบัติการ) รวมทั้ง C/SH ในอนาคต เช่น ผู้รับบริการกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มที่รับบริการผ่าน apps ที่ไม่จำเป็นต้องมาสถานบริการ เขตสุขภาพ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น โดยมีการประเมินความพึงพอใจและความต้องการใหม่ ๆ จากลูกค้าก่อนนำมาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาระบบคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Accreditation : EHA) อปท.ต้องการให้กรมอนามัยผลักดันความร่วมมือเชิงนโยบาย ทำให้มีการพัฒนาเป็นนโยบายความร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี 2561 ผลิตภัณฑ์ของกรมอนามัยมีการให้บริการสู่ C/SH แตกต่างกันตามกลุ่มวัย และ Setting เช่น สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ให้บริการสื่อความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ให้บริการสื่อความรู้แก่กลุ่มพ่อแม่ และผู้ดูแลเด็ก โดยจัดพิมพ์เป็นคู่มือแจกจ่ายให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยบริการสาธารณสุข ก่อนการแจกจ่ายจะมีการประชุมชี้แจงกับสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อถ่ายทอดข้อกำหนดที่สำคัญในการใช้สมุดบันทึกฯ และการรายงานติดตามผล นำไปสู่การปฏิบัติที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 100 เป็นประจำทุกปี สารสนเทศที่ได้รับจากการให้บริการและการรับฟังความคิดเห็นจะถูกนำมาวิเคราะห์

และจำแนกกลุ่ม C/SH (Segmentation) ด้วยเครื่องมือ SIPOC Model และ Stakeholder Analysis ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มวัยและ Setting ตามสถานการณ์สุขภาพ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ มีการประเมินสถานะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ 1) กลุ่มปกติ (ดีดสังคม) 2) กลุ่มเสี่ยง (ดีดบ้าน) และ 3) กลุ่มป่วย (ดีดเตียง) โดยกำหนดระดับความสำคัญตามภารกิจของกรม จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง ในการฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และกลับมาเป็นกลุ่มปกติ โดยกรมอนามัยใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.สาธารณสุข เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พัฒนาหลักสูตรผู้จัดการผู้ดูแลสูงอายุ (Care Manager : CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) กรมอนามัยประสานกับศูนย์อนามัยเขตทั้ง 12 เขตเพื่ออบรม CM และมอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ CM ที่ผ่านการอบรมอบรม ทำการอบรม CG เพื่อให้ CM และ CG ไปดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด(182,812 คน ข้อมูล ณ กันยายน 2561) และกรมฯรับผิดชอบในการขึ้นทะเบียน CM & CG ที่ชอบด้วยกฎหมาย รับฟังข้อคิดเห็นจากพื้นที่เพื่อนำสู่การปรับปรุงหรือแก้ปัญหา เช่น ประสานกับ สปสช.และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาการเบิกจ่ายเงินในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับ สปสช. มหาวิทยาลัยแม่โจ้ พัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ในการทำแผนดูแลผู้สูงอายุ (care plan) และทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาศักยภาพ และประสานเครือข่าย รวมทั้งกำหนดรูปแบบการสร้างความสัมพันธ์ในแต่ละกระบวนการ ให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ เกิดความภาคภูมิใจในบริการที่ได้รับ หรือในงานที่ร่วมดำเนินการ ผ่านคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure : SOP) เช่น การสนับสนุนการขับเคลื่อนกิจกรรมของสมาคม/ชมรม เช่น สมาคมผู้ประกอบการร้านอาหารแห่งประเทศไทย เพื่อสนับสนุนเชิงวิชาการ ให้คำปรึกษาการดำเนินงาน จากนั้นชมรมมีการบริหารจัดการ ขยายผลเครือข่าย และสร้างมาตรฐาน ทำให้มีอำนาจต่อลงในการดำเนินงาน จากนโยบาย GREEN & CLEAN มีการให้ความรู้ นิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ. กับกรมอนามัย โดยมีการรับฟังปัญหา ให้ข้อชี้แนะ และให้คำปรึกษาต่อเนื่อง ทำให้ รพ. มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นพื้นฐาน GREEN & CLEAN ได้ครบทุก รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งมีการให้คำปรึกษา/คำแนะนำ เชิงวิชาการแก่เครือข่ายผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Facebook, Line Group, Website และ E-mail และติดตามสอบถามความต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมจากเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง มีการดูแลเครือข่าย เช่น ให้องค์กรผลงานดีเด่นในเวทีประชุมวิชาการกรม ไปเยี่ยมกรณีเครือข่ายเจ็บป่วยไม่สบาย และแสดงความยินดีกับเครือข่ายที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน สำหรับการจัดการข้อร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพ กรมอนามัยจัดทำคู่มือการจัดการข้อร้องเรียนและข้อชมเชย ชี้แจงให้ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติ ปีละ 1 ครั้ง และมีการทบทวนปรับปรุงกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนให้มีความทันสมัยทุก 6 เดือน เพื่อจัดวางระบบการรับ ติดตาม ตรวจสอบข้อร้องเรียนและข้อชมเชยที่เข้ามายังหน่วยงาน ผ่าน 9 ช่องทาง ได้แก่ โทรศัพท์ โทรสาร เจ้าหน้าที่ กล้องรับเรื่องร้องเรียน หนังสือ/จดหมาย อีเมล เว็บบอร์ด เว็บไซต์ และอื่นๆ โดยคัดกรอง จำแนก ระดับชั้น ความเร่งด่วน ความจำเป็น และความรุนแรงของข้อร้องเรียน ระดับความรุนแรงสูงจะนำเสนอขอความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อพิจารณาสั่งการ/มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ภายใน 15 วัน ทำการ และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนได้รับทราบ จัดทำรายงานผลเป็นประจำทุกเดือน และนำเสนอรายงานผลผ่านเว็บไซต์กรม ผลของการจัดการข้อร้องเรียนนำไปสู่การปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน เช่น ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเหตุรำคาญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีข้อร้องเรียนซ้ำๆ และมีความถี่สูง กรมอนามัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำไปปรับปรุง พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้มีความทันสมัยมากขึ้น จนสามารถผลักดันเกิด พรบ.การสาธารณสุขฉบับแก้ไข มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2560

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการ

กรมอนามัยกำหนดและคัดเลือกตัวชี้วัดโดยคำนึงถึงความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับตัวชี้วัดของแผนระดับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ของ

กระทรวงสาธารณสุข มาสู่ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ พ.ศ.2560-2564 ของกรมอนามัย ซึ่งทุกหน่วยงานได้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดโครงการ/กิจกรรมไว้ในแผนปฏิบัติการประจำปี มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์รวมถึงตัวชี้วัดตามภารกิจสำคัญของกรมอนามัยสู่ระดับหน่วยงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ และจากตัวชี้วัดระดับหน่วยงานไปสู่การมอบหมายหมายรายบุคคล ทั้งนี้ ได้ใช้กลไกของคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ร่วมกับ 9 Clusters (5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ cluster สนับสนุน) คัดเลือกและกลั่นกรอง (Screen & Select) ตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ทั้ง Leading และ Lagging Indicator เสนอผู้บริหารกรมให้ความเห็นชอบ นำไปสู่การอธิบายคำนิยามต่าง ๆ ของตัวชี้วัดไว้ใน KPI Template และสื่อสารให้บุคลากรกรมอนามัยตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ขณะเดียวกันได้ให้ความสำคัญต่อวิธีการเลือกใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการเปรียบเทียบ ทั้งภายในประเทศ และเลือกคู่เทียบภายนอกประเทศ โดยคำนึงถึงความเป็นเลิศตามตัวชี้วัดที่ประเทศไทยมีพันธสัญญาระดับนานาชาติ เช่น นอกจากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่กำหนดอัตราส่วนการตายมารดาต้องน้อยกว่า 70 ต่อแสนการเกิดมีชีพแล้ว กรมอนามัยยังเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับภูมิภาคอื่นๆ ด้วย โดยในปี 2558 ประเทศไทยเป็นอันดับ 2 ของอาเซียน (20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รองจากสิงคโปร์ (10 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รวมทั้งพิจารณาแนวโน้มผลการดำเนินงานที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ทำให้กรมอนามัยกำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์จากข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวไว้ที่ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี 2561 และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายขึ้นเป็นไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี 2562

จากตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และภารกิจสำคัญของกรมอนามัย ได้มีการกำกับติดตามงานอย่างเข้มข้นในการประชุมทุกวันอังคาร (Tuesday Regular Meeting: TRM) โดยอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน เน้นการใช้ข้อมูลและความรู้จากการวิเคราะห์ที่เป็นปัจจุบันมาเป็นปัจจัยนำเข้า ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากข้อเสนอแนะของ Cluster วิชาการและ Cluster สนับสนุน นำไปสู่การพัฒนาระบบข้อมูลที่ครอบคลุม เชื่อมโยง รวมศูนย์ เป็นปัจจุบัน และมีการ Verify ข้อมูลที่ถูกต้อง จนเกิดเป็นระบบ DOH Dashboard ที่กรมอนามัยใช้เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลแล้วแสดงผลเป็นสัญญาณไฟจราจร เพื่อให้ทราบ Performance (Level) เห็นกราฟแนวโน้ม (Trend) จำแนกรายเขต/จังหวัด/อำเภอเพื่อใช้เปรียบเทียบ (Compare) และมีระบบการแจ้งเตือนไปยังผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะเป็ Input ในการประชุม เพื่อให้เกิด Output คือ รู้สถานการณ์ คาดการณ์ผลได้ และเห็นโอกาสพัฒนา นำไปสู่การตัดสินใจตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสมและทันการณ์ รวมทั้งมีการสั่งการ หรือหาความรู้เพิ่มผ่านการจัดการความรู้ ซึ่งระบบ DoH Dashboard เป็นช่องทางหนึ่งที่กรมอนามัยใช้ในค้นหาหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานเป็นเลิศ หรือ Best Practice จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว รวมทั้งมีพิจารณาผลการดำเนินงานเชิงเปรียบเทียบ เช่น การควบคุมการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ประเทศไทยเป็นที่ 1 ของ Asia และเป็นที่ 2 ของโลกพบว่าปัจจัยความสำเร็จที่จะลดการติดเชื้อลงมาต่ำกว่าร้อยละ 2 ได้คือ ต้องมีความครอบคลุมในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์และสามีในระดับที่สูง ซึ่งประเทศไทยใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบคู่ ให้ลูกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV กินนมผงแทนนมแม่ และพัฒนาระบบเพื่อติดตาม Cases รวมถึงกำกับการรับประชนยาทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลงจาก 1.99 (พ.ศ.2558) เป็น 1.71 (พ.ศ.2559) และ 1.00 (พ.ศ.2560) โดยยังคงอันดับ 1 ของอาเซียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของแม่ตายทำให้คาดการณ์ว่าเขตสุขภาพที่ 12 (จังหวัดชายแดนภาคใต้) มีอัตราการตายของมารดาสูงเป็นลำดับ 1 ของประเทศติดต่อกันหลายปี ผู้บริหารและนักวิชาการระดับสูงกรมอนามัยจึงได้นำทีมเฉพาะกิจไปเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนใต้เพื่อทำความเข้าใจ เรียนรู้ปัญหาและบริบทในพื้นที่ และร่วมออกแบบแนวทางแก้ไขที่นำมาสู่การพัฒนาและวางระบบงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ 1) พัฒนารูปแบบการสร้าง Health Literacy ตามวิถีมุสลิม โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน 2) ทบทวนและพัฒนาคุณภาพคลินิกฝากครรภ์ ระบบคัดกรอง และการจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 3) กำหนดแนวปฏิบัติการส่งต่อ และสกัดความรู้เพื่อเผยแพร่ให้กับภาคีเครือข่ายในเขต 12 รวมทั้งปรับมาตรการในแผนยุทธศาสตร์ของกรมต่อไป

นอกจากนี้ กรมอนามัยยังใช้เวทีตรวจเยี่ยม นิเทศงานและตรวจราชการ กำหนดให้แต่ละเขตสุขภาพ/ศูนย์อนามัยค้นหานวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างที่ดีในพื้นที่มานำเสนอและแชร์ผ่านกลุ่มไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การพัฒนาเครื่องมือประเมินระบบส่งเสริมสุขภาพในการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ HAPPEN SCORRING (H: Health Literacy, A: Appreciation, P: Provincial Health Board, P: PIRAB, E: Empowerment, N: Neo Health) โดยศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช จะช่วยบริหารจัดการข้อมูลผลการดำเนินงานและสามารถเทียบเคียง วิเคราะห์กระบวนการ และผลการดำเนินงาน รวมทั้งชี้ให้เห็นปัญหา จุดอ่อน จุดแข็งของจังหวัด และนำไปขยายผลปรับใช้นำร่องกับหน่วยงาน 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์อนามัย นครศรีธรรมราช ศูนย์นครสวรรค์, ชลบุรี และยะลา เพื่อประเมินผลสำเร็จของตัวชี้วัดและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จตามบริบทที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ สะท้อนข้อเท็จจริงและผลที่ได้สามารถพยากรณ์แนวโน้มและชี้เป้าหมายทิศทางการพัฒนาได้มีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันกรมอนามัยยังกำหนดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานให้มีการพัฒนาวิชาการ การจัดการความรู้และการสร้างนวัตกรรม เป็นการยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพการดำเนินงานด้วย

เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กรมอนามัยได้จัดทำ Area of Priority ในการจัดการความรู้ โดยใช้เกณฑ์ขนาดของปัญหา ผลกระทบของปัญหา ความตระหนักของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และความยากง่ายในการแก้ปัญหา ซึ่งปัญหาแม่ตายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ดังกล่าวข้างต้น เป็นตัวอย่างหนึ่งของ Area of Priority ที่จะต้องมีการสื่อสารไปยังสำนัก/กอง/ศูนย์อนามัยรวมถึงภาคีเครือข่ายเพื่อหา Best Practice หรือ Bright Spot นำไปสู่การถอดบทเรียนหรือนำเสนอในเวที LIKE Talk Award หรือกำหนดเป็นคำถามวิจัย ที่จะทำให้เกิดการศึกษา หารูปแบบ หรือการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและขยายผลต่อไป

4.2 การจัดการความรู้ สารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

การบริหารจัดการความรู้แบบคร่อมและข้ามสายงานของกรมอนามัย มีผู้แทนจากคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีการทำงาน (Cluster) ทำหน้าที่รวบรวมชุดความรู้ที่ใช้ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในประเด็นต่างๆ รวมถึงคัดกรองและเผยแพร่ชุดความรู้ โดยสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ ในหลายรูปแบบไปยังกลุ่มเป้าหมาย ทั้งองค์กรภาคีเครือข่าย, Social Media และระบบสารสนเทศเพื่อบริหารจัดการผลิตภัณฑ์กรมอนามัย (P&E Distribution) ซึ่งเป็นชุดองค์ความรู้ทางวิชาการที่มีการปรับเนื้อหาสาระให้สอดคล้องต่อการทำความเข้าใจ สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มวัยในกลุ่มเป้าหมายที่มีวิถีชีวิตแตกต่างกัน รวมถึงคู่มือและแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้องค์กรภาคีเครือข่ายจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล

นอกจากนี้ กรมอนามัยใช้การประชุมทุกวันอังคารในการพัฒนาวิชาการกรมอนามัย (กพว.) เพื่อทบทวนผลการดำเนินงานฝ่ายวัง การจัดการความรู้ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การจัดการความรู้ การวิเคราะห์หา Gap เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาต่อยอดการทำวิจัยเพื่อปิด Knowledge Gap เพื่อพัฒนาให้เป็น Knowledge Asset ของกรมอนามัย รวมถึงเน้นการกระตุ้นส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ บทเรียนการดำเนินงาน ทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้ภายในองค์กรอย่างกว้างขวาง ทัวถึง โดยจัดให้มีการถ่ายทอดสดการประชุมผ่านระบบ Web Conference และสื่อสารข้อมูลผลการประชุม เอกสารประกอบการประชุมฯ ผ่านกลุ่มไลน์ รวมถึงจัดให้มีเวทีนำผลงานที่เกิดจากการปรับปรุงการดำเนินงาน (Lean) การสร้างสรรค์นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ (Innovation) และการจัดการความรู้ (Knowledge) ที่มีความโดดเด่น (Excellence) ในรูปแบบต่างๆ มานำเสนอ ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้และการสื่อสารในองค์กร ในเวที “LIKE Talk Award” เพื่อการค้นคว้าวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศของหน่วยงานผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ Storytelling/สุนทรียสนทนา รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการต่อยอดสร้างนวัตกรรมโดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการที่ทุกหน่วยงานต้องดำเนินการ มีการนำความรู้ เทคโนโลยี ความต้องการของลูกค้าและความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ที่ผ่านกระบวนการสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมทั้งเก็บเกี่ยวข้อมูลความรู้จากประสบการณ์ตรง มาผลิตนวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ใหม่ จนสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่ตรงจุด และนำไปสู่การได้รับรางวัล TPSA อย่างมากมาย ที่เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดการตายของมารดา เช่น ถุงตวงเลือด (อนุสิทธิบัตร เลขที่

1403001045 : 2558,TPSA Award 2560) ป้องกันภาวะตกเลือดขณะคลอด และพลังเครือข่าย MCH Board ลานนาบูรณาการสานพลังพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก (TPSA Award 2559), ชุติรักษาทางทันตกรรมแบบพกพา ICOH (TPSA Award 2560), และรางวัล TPSA Award 2561 คือ PIRAB สร้างพันธมิตร มุ่งสู่ Smart Kids R10, การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพในศูนย์การค้า, ระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มสำหรับชุมชนพื้นที่สูงฯ, ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบพอทรายกรอง, ChOPA & ChiPA Game สู้เด็กไทยสูง สมส่วน แข็งแรง และ Program กำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest) รวมถึงคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) รวมทั้ง Application เพื่อส่งเสริมสุขภาพ รายการุ่มวัย เช่น Application ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก (Rapid Pro), Application ก๊วนพิน, Application Fun D Application Move Alarm, Application สูงวัย สมองดี และ Application Good Food เป็นต้น

กรมอนามัย เป็นส่วนราชการเดียวในกระทรวงสาธารณสุขที่ทบทวนและปรับปรุงกำหนดให้มีโครงสร้างของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีการทำงานกลุ่มที่ 8 กลุ่มข้อมูล การจัดการความรู้ และการเฝ้าระวัง (KISS: Knowledge Management, Information Technology, Surveillance System) โดยนำการเปลี่ยนแปลงและบริหารราชการแบบคล่องและข้ามสายงาน มาใช้ให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดการสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดการปฏิบัติที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ นโยบายและพันธกิจของกรมอนามัย โดยมีรองอธิบดีเป็นผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง และคณะกรรมการที่มาจากสหวิชาชีพหลากหลายสาขา ในการบริหารจัดการกำกับดูแลการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการสำรวจความต้องการใช้งานครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ภายในกรมอนามัยและจัดสรรตามความจำเป็น โดยอ้างอิงเกณฑ์ราคากลางและคุณลักษณะพื้นฐานครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม จัดซื้อตามระเบียบพัสดุ พัฒนาซอฟต์แวร์มีลิขสิทธิ์ถูกต้องตามกฎหมาย มีการอัปเดตซอฟต์แวร์และอัปเดตเฟิร์มแวร์ใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและเสถียรภาพ ทำให้มีความมั่นคงปลอดภัยในการใช้งาน และเชื่อมั่นได้ว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความน่าเชื่อถือ

นอกจากนี้ ได้พัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับบริการ ใน 5 Clusters หลัก และ 4 Clusters สนับสนุน มีการตรวจสอบความถูกต้องร่วมกันกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ทำให้ข้อมูลสารสนเทศมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน (Integrity) มีความพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉินต่อเนื่อง (Continuity) โดยมีแผนฉุกเฉินด้านข้อมูลสารสนเทศ (IT Contingency Plan) และแผน Business Continuity Plan ตามนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ ISO/IEC 27001:2013 และประกาศคณะกรรมการธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง มาตรฐานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศตามวิธีการแบบปลอดภัย พ.ศ. 2555 รวมทั้งจัดเก็บระบบฐานข้อมูลไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายเสมือน แบบ Cloud Computing ตลอดจนมีการเตรียมศูนย์ข้อมูลสำรอง (DR- Site) โดยใช้บริการ G-Cloud ของสพร. (DGA) เพื่อทดแทนศูนย์ข้อมูลหลัก (Data Center) กรณีได้รับความเสียหาย ให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวก ทันการณ์ พร้อมใช้งาน ครอบคลุมการประมวลผล หน่วยจัดเก็บข้อมูล และระบบออนไลน์ต่างๆ สามารถลดความยุ่งยากในการติดตั้ง ดูแลระบบ ช่วยประหยัดเวลา และลดต้นทุนในการสร้างระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่าย รวมทั้งดำเนินงาน IPv6 กรมอนามัย ให้สามารถเข้าสู่เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่ออุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ (Internet of Things) และระบบแชร์ไฟล์ข้อมูล (File Sharing) พร้อมใช้งานทั่วทั้งองค์กร มีความปลอดภัยในการเข้าถึงแอปพลิเคชันต่างๆ ขณะเดียวกันได้มีการตรวจประเมินและปิดช่องโหว่ระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่าย (Vulnerability Assessment) โดย สพร. (DGA) และการเฝ้าระวังและวิเคราะห์การโจมตีทางไซเบอร์ (Thaicert Government Monitoring System) โดย สพรอ. (ETDA) นอกจากนี้ยังมีโครงสร้างพื้นฐานระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเชื่อมโยงเครือข่ายสื่อสารความเร็วสูงอย่างมีประสิทธิภาพจำนวน 3 เส้นทาง ให้บริการแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในทุกระดับ

หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร

5.1 สภาพแวดล้อมด้านบุคลากร

ขีดความสามารถและอัตรากำลัง กรมอนามัยได้วางแผนและบริหารกำลังคนเพื่อตอบสนองต่อภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลส่งมอบให้เพื่อขับเคลื่อนให้ประชาชนมีสุขภาพดี การวางแผนกำลังคนจึงมุ่งเติมเต็มสมรรถนะกำลังคนภายในกรมให้มีขีดความสามารถตามหน้าที่ทั้งในระดับประเทศและระดับเขต (National Lead and Regional Lead) ในการนำนโยบาย กฎหมาย ความรู้และเทคโนโลยีของกรมไปส่งต่อให้ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นความท้าทายของกรมในการพัฒนากำลังคนให้มีขีดความสามารถในการทำหน้าที่ดังกล่าว ก่อนปี 2559 กรมอนามัยยึดสมรรถนะหลักของ สำนักงาน กพ. ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวไม่สะท้อนความเป็นผู้อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมจึงมีการทบทวนสมรรถนะใหม่ โดยนำกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก พันธกิจ สมรรถนะหลัก และ Core Business Process กรม มาทบทวนจัดทำสมรรถนะหลักของบุคลากรกรมอนามัยที่จะเป็นผู้อภิบาลระบบ ดังนั้นในปี 2561 กรมอนามัยจึงประกาศสมรรถนะระดับบุคคลใหม่ที่ทุกคนในกรมอนามัยต้องมี คือ A2IM คือตัวย่อของ Assessment (ประเมินสถานการณ์), Advocacy (ให้ข้อเสนอแนะ), Intervention (พัฒนาเครื่องมือหรือกลไกในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาสุขภาพ) และ Management & Governance (บริหารจัดการและอภิบาลระบบ) Competencies

ส่วนความต้องการด้านอัตรากำลัง กรมอนามัยมีการจัดทำกรอบอัตรากำลัง และเกลี่ยอัตรากำลังภายในให้ตอบโจทย์ภารกิจกรม และภารกิจสำคัญของแต่ละหน่วยงาน ก่อนการกำหนดกรอบอัตรากำลัง กรมจัดโครงสร้างภายในของกรมอนามัยใหม่เป็น 5 กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเส้นทางชีวิตเพื่อสุขภาพ (Life Course Approach หรือ LCA) และทำการกำหนดกรอบอัตรากำลังใหม่ หลังจากนั้นจึงมีการเกลี่ยอัตรากำลังภายในให้หน่วยที่ทำภารกิจหลักมีอัตรากำลังเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะศูนย์อนามัยที่ต้องปฏิบัติภารกิจร่วมกับเขตสุขภาพ ก่อนปี 2559 กรมอนามัยมีอัตรากำลังในส่วนกลางมากกว่าร้อยละ 30 จากการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลัง และภารกิจในบทบาทใหม่ จึงเกลี่ยอัตรากำลังด้วยการลดอัตรากำลังในส่วนกลางเหลือร้อยละ 25.7 ส่วนในศูนย์อนามัย ก่อนปี 2559 มีสัดส่วนผู้ปฏิบัติงานในภารกิจหลักร้อยละ 23.72 หลังเกลี่ยอัตรากำลัง เพิ่มสัดส่วนขึ้นเป็นร้อยละ 44.91 และ 43.29 ตามลำดับ (ปี 2560 และ 2561) นอกจากนี้กรมยังวิเคราะห์แล้วว่า หน่วยงานตาม Function ของกรมไม่สามารถปฏิบัติการกิจให้บรรลุผลสำเร็จจนเกิดสุขภาวะที่ดีกับประชาชนโดยลำพัง จึงพัฒนากลไกการทำงานใหม่ขึ้นมาคู่ขนานกับ Function ปกติ ในปี 2559 จึงพัฒนารูปแบบปฏิบัติการแบบ Cross function – Cross cluster มีการจัดตั้ง Cluster ภารกิจหลัก 6 Clusters คือ แม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อม และมี Cluster สนับสนุน อีก 4 Clusters คือ FIN (Finance), KISS (KM & IT & Surveillance System), HR และ LAW (หมายเหตุ ปี 2560 มีการควบรวม Cluster วัยเรียนและวัยรุ่น ทำให้เหลือ 9 Clusters) ทั้งนี้จากการปรับกรอบโครงสร้างอัตรากำลังพบว่า ขีดความสามารถตามสมรรถนะบุคคลในรอบ 3 ปี ตั้งแต่ปี 2559 - 2561 มากกว่าร้อยละ 80 (83.9, 84.44 และ 83.56 เป้าหมาย ร้อยละ 70) และขีดความสามารถตามสมรรถนะของกรมอนามัยจากค่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานกรมอนามัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (4.1658, 4.4278 และ 4.695, เป้าหมาย 4.43) ในส่วนการบริหารจัดการบุคลากรใหม่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเจ้าของตำแหน่งในการคัดเลือก สรรหา เพื่อให้ได้บุคลากรที่ตอบสนองความจำเป็นของหน่วยงานมากที่สุด โดยบุคลากรใหม่ของกรมอนามัยทุกคน จะถูกเร่งยกระดับเข้าสู่กระบวนการบ่มเพาะให้เข้าใจทิศทาง เป้าหมาย ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร Positioning ของกรมระดับต่างๆทั้งระดับเขต ประเทศ เรียก Onboarding Program

การจัดการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร กรมอนามัยมีปัญหากำลังคนคือ Generation Gap จากการสูญเสียผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์จากการเกษียณอายุราชการ ในรอบ 10 ปี (2560 – 2570) มีจำนวน 699 คน ร้อยละ 32.97 ของอัตรากำลังข้าราชการ อัตรากำลังคนในกลุ่ม Gen Y, Z ร้อยละ 35.86 Gen X ร้อยละ 39.04 และ Gen BB ร้อยละ 25.11 ปรากฏการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ความท้าทายของกรมที่จะบริหารจัดการ

คนรุ่นใหม่ให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และพร้อมในการปฏิบัติภารกิจ ดังนั้นวิธีการในการบริหารกำลังคนที่สำคัญของกรมในการดำเนินการมี 3 ประเด็น 1) HRP ปรับโครงสร้างอัตรากำลังใหม่ กำหนดสมรรถนะหลักของบุคคล เคลี่ยอัตรากำลังภายใน สรรหาบุคลากรใหม่ สนับสนุนภารกิจหลัก 2) HRM วางระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS) เพื่อให้มี Direction & Alignment และ 3) เร่งรัดพัฒนากลุ่ม Gen Y ให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์ (A2IM) เน้น In - House Training ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ (On The Job Experience) ด้วยการมอบหมายภารกิจสำคัญระดับชาติ เช่น การจัดทำ ยุทธศาสตร์ PP - Excellent การประชุมวิชาการระดับชาติ หรือนานาชาติ ฯลฯ การส่งเสริมให้บุคลากรสร้างนวัตกรรมงานวิจัย การทำ Job Shadowing เป็นต้น ภาพรวมของประสิทธิภาพของการจัดการขีดความสามารถและอัตรากำลังคน ในเชิงปริมาณ พบว่า อัตรากำลังมีความพอเพียง อัตราว่างลดลงจากร้อยละ 15 เหลือ 8.82 ศูนย์อนามัยมีอัตรากำลังเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติภารกิจหลักร้อยละ 23.72 เป็น 43.29 (เป้าหมายร้อยละ 40) ในเชิงคุณภาพ บุคลากรมีสมรรถนะพึงประสงค์ ร้อยละ 83.56 มากกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 70 หน่วยงานมีสมรรถนะในการปฏิบัติราชการตอบโจทย์ยุทธศาสตร์กรมร้อยละ 92.39 (เป้าหมายร้อยละ 80)

บรรยากาศการทำงานของบุคลากร กรมอนามัยมีการดูแลปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงาน ทั้งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการสวัสดิการต่าง ๆ ให้กับบุคลากร ภายใต้แนวคิดกรมอนามัยเป็นบ้านหลังที่ 2 มุ่งเน้นให้บุคลากรมีสุขภาพดีภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยกรมมีนโยบาย ให้หน่วยงานเป็น “องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ” สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร พัฒนาสถานที่ให้เป็น Healthy Workplace เช่น จัดให้มีห้องฟิตเนสและกิจกรรมทางกาย สนามฟุตบอล จัดให้มีกิจกรรมช่วงเวลาการออกกำลังกาย มีตรวจประเมินความเสี่ยงทางกายภาพ แสง สี เสียง เป็นต้น จากข้อมูล ในปี 2559 พบว่า บุคลากรไม่มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 52.3 มีดัชนีมวลกาย และ รอบเอวปกติ ร้อยละ 40 และ 44.6 ตามลำดับ เหตุร้องเรียนเนื่องจากเนื่องจากสภาพแวดล้อมการทำงานเท่ากับ 0 ผลการดำเนินงานพบว่า ในปี 2561 บุคลากรไม่มีปัญหาทางสุขภาพร้อยละ 65.71 ค่าดัชนีมวลกาย และ รอบเอวปกติ ร้อยละ 50.22 และ 65.71 ตามลำดับ ไม่มีรายงานและข้อเรียนในส่วนความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายจากการทำงานหรือในที่ทำงาน ส่วนการจัดสวัสดิการมีการจัดสวัสดิการพิเศษ เช่น จัดรถรับส่งบุคลากร การจัดงบประมาณช่วยเหลืองานศพหรือได้รับภัยพิบัติ การส่งเสริมการออม การจัดสวัสดิการร้านอาหารสุขภาพ เป็นต้น

5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement หรือ EE)

จากการสำรวจความผูกพันองค์กร ในปี 2560 เท่ากับ ร้อยละ 68.04 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 3 ด้าน คือ ความเชื่อมั่นองค์กร (ร้อยละ 59.27) ความกระตือรือร้นของบุคลากร (ร้อยละ 75.08) และการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมองค์กร (ร้อยละ 69.76) กรมฯพบว่า อายุ และอายุราชการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ EE โดยอายุ และอายุราชการเพิ่มขึ้น EE จะเพิ่มสูงขึ้นตาม แต่มีประเด็นที่น่าสนใจมีช่วยอายุ 30 - 40 ปี และอายุราชการการ 5 - 14 ปี ระดับค่า EE ที่ลดต่ำลง คือกลุ่ม Gen Y ซึ่งเป็นกลุ่มกำลังคนใหม่ที่มาทำงานมา ระยะหนึ่ง การวิเคราะห์ปัจจัยด้านองค์กร งาน และการทำงานพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ EE อย่างมีนัยสำคัญมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) การที่บุคคลมีความรู้สึกว่าความสามารถทำงานให้สำเร็จอยู่เสมอ 2) การได้รับการยกย่องชมเชยเมื่อมีผลการปฏิบัติงานที่ดี 3) นโยบายและทิศทางองค์กรที่ชัดเจน 4) วิสัยทัศน์ผู้บริหารระดับสูง และ 5) งานที่ทำอยู่ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา กรมอนามัยกำหนดองค์ประกอบของความผูกพันองค์กร ประกอบด้วย 1) ระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ 2) การวางระบบการพัฒนาบุคลากรให้สามารถสร้างคุณค่าได้เต็มศักยภาพ 3) การวางระบบกลไกให้เกิดความก้าวหน้าในอาชีพ และการสืบทอดทดแทนในตำแหน่งสำคัญด้วยการ สร้างคุณค่าของผลงานเชิงประจักษ์ และ 4) การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงานที่มีคุณภาพและท้าทาย รวมถึงเกิดการสื่อสารในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการ จากการสำรวจข้อมูล EE พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความสามารถในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้เสมอ และการยกย่องชมเชยเมื่อมีผลการปฏิบัติงานที่ดี กอปรกับกรมได้สำรวจความพึงพอใจต่อการได้รับการยกย่อง ชมเชย จากการปฏิบัติงาน

พบว่าเท่ากับร้อยละ 45 ความเป็นธรรมและความโปร่งใสในการมอบหมายงาน และการบริหารบุคคล เท่ากับ ร้อยละ 62.5 และ 53.73 ซึ่ง จากข้อมูลดังกล่าว พื้นฐานสำคัญ และเป็นหัวใจของการสร้างความผูกพันองค์กร คือ การวางระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ (PMS) เพื่อให้การบริหารกำลังคนมี Alignment กับ Strategic Direction ของกรม และเกิด คนเก่ง คนดี ที่จะไปขับเคลื่อนให้กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานภาครัฐ ปฏิบัติราชการตอบสนองประชาชน PMS จึงเป็นจุดคานงัดสำคัญ ให้เกิดการบริหารราชการอย่างมีธรรมาภิบาล ในปลายปี 2559 กรมจึงปรับระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม เปลี่ยน แนวคิดจาก “ค่าของคนอยู่คนของใคร” เป็น “ค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน” โดยนำระบบ PMS มาเป็นเครื่องมือ ในการเชื่อมโยงในระดับยุทธศาสตร์กรมสู่หน่วยงาน และบุคคล ด้วยการถ่ายระดับ KPI และมอบหมายงานใน ระดับต่างๆ จนถึงวางกลไกบริหารผลงาน และการเลื่อนเงิน โดยกลไกการกำกับมีคณะกรรมการในการกำกับ ผลงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย และจัดสรรค่าตอบแทนลงหน่วยตามผลของงาน และเพื่อผลลัพธ์ที่ดีของ งานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.24 และ 79.36 และการบริหารบุคคล เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78.84 และ 84.42

การประเมินความผูกพันของบุคลากร กรมให้ความสำคัญกับความผูกพันองค์กรและเริ่มประเมิน จริงจังวางระบบ โดยใช้เครื่องมือของสำนักงาน กพร. ใช้การประเมินด้วยระบบออนไลน์ องค์ประกอบสำคัญคือ ความเชื่อมั่น ความกระตือรือร้น การมีส่วนร่วม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินความผูกพัน การพัฒนาการ ประเมิน EE มีอย่างต่อเนื่อง จนปี 2562 กรมกำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งหน่วยงานต้องให้ความสำคัญและดำเนินการ นอกจากนี้กรมยังมีเครื่องประเมินอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันได้แก่ การประเมินคุณธรรมความโปร่งใส ด้วย เครื่องมือ ITA ในส่วน ของการบริหารงานบุคคลของ ปชช. และการวางระบบรับเรื่องร้องเรียนของกรม ภาพรวม การประเมินความผูกพัน ในปี 2560 และ 2561 พบว่าความเชื่อมั่นในทิศทางองค์กรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.49 และ 68.18 ความกระตือรือร้นในการทำงาน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.46 และ 77.92 การมีส่วนร่วมของบุคลากร ในกิจกรรมกรม เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.08 และ 75.6 ภาพรวมความผูกพันองค์กรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.3 และ 73.9 อัตราการสูญเสียเนื่องจากการลาออก หรือโอน ร้อยละ 3.54 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 6)

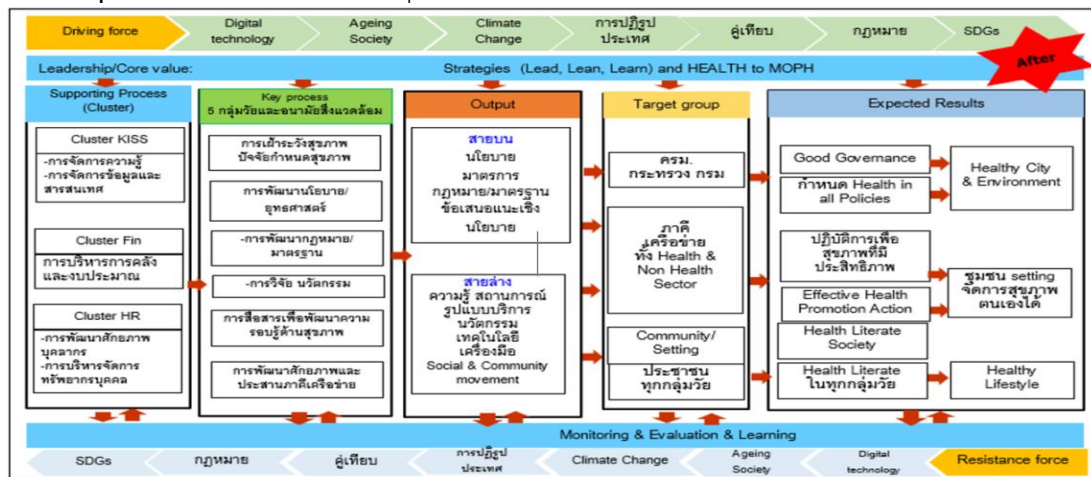
การพัฒนาบุคลากรและผู้บริหาร ตั้งแต่ปี 2559 กรมได้ออกแบบสมรรถนะของกำลังคน ในฐานะนัก ส่งเสริมสุขภาพ เป็น A2IM เพื่อตอบสนองความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ และการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งในเชิง ของสมรรถนะกำลังคนในกรมโดยเฉพาะสายงานหลักยังคงมี GAP เนื่องจากแต่เดิมกรมคุ้นชินกับการเป็น Technical Support และ Service Provider กรมจึงวางระบบการพัฒนาบุคลากรใหม่ ในทุกระดับตั้งแต่แรกเข้า จนถึงขั้นสู่ตำแหน่งสำคัญ และกำหนดเป็น Career Development Plan ในการเตรียมการขึ้นสู่ตำแหน่งต่างๆ ตาม เส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์ของการพัฒนามี 2 ประการ คือ 1) ปรับ Mind Set กำลังคนกรม ให้เป็นทิศทางเดียวกันสู่บทบาทใหม่ของกรม 2) ยกระดับสมรรถนะกำลังคนให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ระบบการ พัฒนาบุคลากรของกรมอนามัย จะเชื่อมโยงกับ Career Path (CP) ซึ่งก่อนปี 2560 CP ไม่ได้ถูกนำเป็นเครื่องมือ เพื่อบริหารกำลังคนตอบภารกิจและยุทธศาสตร์กรม การขึ้นสู่ตำแหน่งต่างๆเป็นไปตามหลักเกณฑ์กลางของ สำนักงาน กพ ปัญหาที่พบคือเมื่อบุคลากรจะขึ้นสู่ตำแหน่งสูง หรือตำแหน่งสำคัญแล้ว ไม่มีศักยภาพเพียงพอใน การขึ้นสู่ตำแหน่ง รวมถึงไม่ตอบโจทย์ภารกิจที่เปลี่ยนแปลง CP ที่กรมออกแบบจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนา และสร้าง Succession Plan การพัฒนากำลังคนของกรมอนามัยมีการพัฒนาในทุกระดับ ตั้งแต่ ระดับปฏิบัติ (หลักสูตร OSOF) เป็น Change Leader และ Volunteer Army ระดับบริหารระดับกลาง (หลักสูตร NeGSOF) เป็นผู้เชื่อมต่อนโยบายและสร้าง Successor นอกจากนี้ กรมยังมีหลักสูตรพิเศษสำหรับศูนย์อนามัยเพื่อเตรียม ยกระดับตามการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเขตสุขภาพ คือหลักสูตร Re-to-Lead นอกจากกำลังคนภายในกรม แล้ว กรมได้วางแผนพัฒนากำลังคนภายนอกในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่นำเครื่องมือ หรือสินค้า กรมอนามัยไปขับเคลื่อนต่อถึงประชาชน เช่น เลขาฯ พขอ., พยาบาล, หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ, ทันตแพทย์/ ทันตภิบาล, นักวิชาการสาธารณสุข, และ อปท. กรมจึงจัดทำหลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ เลขาฯการ พขอ., หลักสูตรระยะสั้นพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หลักสูตรทันตสาธารณสุข 4 เดือน, หลักสูตร Health Promotion Manager, หลักสูตรนักบริหารงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสุขภาพ (นบอส.) เป็นต้น

หมวด 6 กระบวนการทำงาน

6.1 กระบวนการทำงาน

ช่วงปี 2556-2557 กรมฯได้นำกระบวนการสำคัญมาเขียน SOP ตามระบบเอกสารมีการจัดทำ ทบทวน และอนุมัติ กระบวนการสร้างคุณค่าได้แก่ 1.กระบวนการศึกษาวิจัย 2.การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม 3.การสร้างกระแสและรณรงค์ เผยแพร่องค์ความรู้ 4.การสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย 5.การรับรองมาตรฐาน 6.การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) 7.การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง และกระบวนการสนับสนุน ได้แก่ 1.กระบวนการสนับสนุนให้เกิดนโยบาย กฎหมาย 2.การฝึกอบรม 3.การประชุมสัมมนา 4.การนิเทศ

ปี 2559 – 2560 กรมได้ปรับบทบาทใหม่เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงได้มีการทบทวนและออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิด PMQA และ LEAN เพื่อให้การทำงานของทุกหน่วยงานมีทิศทางสู่เป้าหมายเดียวกัน ส่งมอบผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าให้กับผู้ใช้ และลดการทำงานที่ไม่จำเป็น (waste) โดยมีข้อกำหนดที่สำคัญดังนี้ 1) **ปรับบทบาทภารกิจ**เป็น National Lead & Regional Lead 2) **กำหนดกระบวนการทำงาน** (Core Business Process) เพื่อผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ ก่อนส่งมอบให้ผู้รับมอบ/ลูกค้า เป็นการดำเนินงานแบบครบรอบและข้ามสายงาน ผ่าน 6 คลัสเตอร์หลัก และ 4 คลัสเตอร์สนับสนุน 3) **กำหนดสมรรถนะองค์กร** A2IM 4) **คำนึงถึงความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า**เป็นสำคัญ 5) **สอดคล้องยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย และเขียน เป็น Value chain** ได้ดังแผนภาพที่ 6-1



แผนภาพที่ 6-1 Value chain (After)

กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัด	จุดควบคุม
กระบวนการหลัก (Key Process)			
1. กระบวนการการเฝ้าระวังสุขภาพปัจจัยกำหนดสุขภาพ	1. ความต้องการของผู้บริหาร/เครือข่าย/ประชาชน ในการใช้ข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพ 2. มีการสื่อสารที่เหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมาย 3. มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และครอบคลุม	1. จำนวนคู่มือ/แนวทาง การเฝ้าระวังสุขภาพปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีคุณภาพ 2. จำนวนรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ	1. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมัย ของข้อมูล 2. การประเมินประโยชน์จากการนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินงาน 3. การบริหารความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
2. กระบวนการพัฒนา/ยุทธศาสตร์	1. คอบสนองต่อ C/SH และเป้าหมายองค์กร 2. มีส่วนร่วมของ C/SH 3. มีการติดตามและประเมินผล	1. ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม / แผนยุทธศาสตร์สิ่งแวดล้อม (แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ)	1. การติดตาม/การประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย/ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 2. การบริหารผลการปฏิบัติงาน(PMS) 3. การนิเทศและการตรวจราชการของกระทรวง
3. กระบวนการพัฒนา/มาตรฐาน	1. คอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า 2. มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันสถานการณ์ 3. มีช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 4. มีบุคลากรที่มีความรู้ เชี่ยวชาญ	1. ระดับความสำเร็จกฎหมายที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา 2. จำนวนคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานกฎหมายได้มีการเผยแพร่	1. กฎหมายที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา 2. คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานกฎหมายได้มีการเผยแพร่

กระบวนการที่มี SOP จะมีการดำเนินการและ audit ตาม SOP ในส่วนที่ไม่มี SOP จะใช้ออกข้อกำหนดตัวชี้วัด และจุดควบคุมกระบวนการแทน ดังตารางซ้ายมือ จากการปรับกระบวนการหลักทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น 1) กระบวนการการเฝ้าระวังมีการเฝ้าระวังอัตราส่วนการตายมารดา โดยใช้ข้อมูลจาก DoH Dashboard และดำเนินงานผ่าน MCH Board พบว่าอัตราตายของมารดา

ลดลงจากร้อยละ 26.6 ในปี 2559 เหลือ 17.1 ในปี 2561

กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัด	จุดควบคุม
4. กระบวนการวิจัย นวัตกรรม	1. มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทัน สถานการณ์ 2. มีบุคลากรที่มีความรู้ เชี่ยวชาญ 3. เป็นไปตามมาตรฐานของการวิจัย	1. ร้อยละของผลงานวิจัยด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังสุขภาพ ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานใน ระดับชาติหรือระดับสากล 2. จำนวนผลงานที่กรมอนามัยได้รับ รางวัลคุณภาพ คุณธรรมและความ โปร่งใสจากการประเมินผลของ องค์กรภายนอก (เช่น TPSA, NACC, ITA) 3. จำนวนนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้น ของกรมอนามัย	1. ความถูกต้องทางวิชาการ ผ่านความเห็นชอบจาก กพร. กรม อนามัย และผ่านการรับรองจริยธรรมการ วิจัย 2. ผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังสุขภาพ ที่ผ่านการรับรอง มาตรฐานในระดับชาติหรือระดับสากล
5. กระบวนการ สื่อสารเพื่อพัฒนา ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ	1. มีการทบทวนปรับปรุงให้ทัน สถานการณ์ 2. กระบวนการผลิตเป็นไปตาม มาตรฐานสากล/ ระเบียบ/ ข้อบังคับ สามารถนำไปใช้ได้	1. ร้อยละของเครือข่าย 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย (DSPH) 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Healthy Aging) 3. จำนวนผู้สูงอายุเข้ากิจกรรม เทคโนโลยี ส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	1. แผนปฏิบัติการ /แนวทางการส่งเสริม สุขภาพ 2. การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ทันสมัย ของ ข้อมูลสารสนเทศ
5. กระบวนการ พัฒนาศักยภาพ และ ประสิทธิภาพ เครือข่าย	1. มีช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย 2. มีเครือข่ายที่มีคุณภาพ 3. มีบุคลากรที่มีความรู้ เชี่ยวชาญ 4. มีบูรณาการร่วมกับภาคเครือข่าย	1. ร้อยละเครือข่ายดำเนินการ เฝ้า ระวัง ป้องกัน ความเสี่ยง/ มาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด 2. ระดับการมีส่วนร่วม ความพึง พอใจ/ไม่พึงพอใจ 3. ภาคเครือข่ายมีความครอบคลุม C/SH	1. ภาคเครือข่ายได้รับการพัฒนา ศักยภาพ 2. ภาคเครือข่ายเข้มแข็งมีการ ดำเนินการในพื้นที่

2) กระบวนการพัฒนากฎหมาย ที่ได้ประกาศใน
ราชกิจจานุเบกษา จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ พ.ร.บ.
การสาธารณสุข พ.ศ.2535 ปรับปรุง พ.ศ.2560
พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่น พ.ศ.2559 และ พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริม
การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.
2560 3) กระบวนการพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์
เช่น สวทไทยแก้มแดง และมหัศจรรย์ 1000 วัน
เป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาเด็กสู่ Smart
Kids 4.0 และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long

Term Care) เกิดนโยบาย 3S “Strong Social Security” ขับเคลื่อนจนถึงระดับพื้นที่ผลลัพธ์การปรับปรุง
กระบวนการสนับสนุน เช่น 1) กระบวนการจัดการความรู้ มีผลงานที่ได้รับรางวัล TPSA ระดับดี ปี 2559-2561
จำนวน 1, 2 และ 3 รางวัล ตามลำดับ 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ
เป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2559-2561 ร้อยละ 6.42, 11.42, 28.61 ตามลำดับ สำหรับการ
CQI กระบวนการ ใช้การหมุนรอบ PDCA เพื่อปรับกระบวนการจนทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น และใช้การ Internal audit
เมื่อพบ Non conformity จะให้พื้นที่กำหนดมาตรการแก้ไข/ป้องกัน และ Follow up audit

6.2 ประสิทธิภาพการปฏิบัติการ

Lean ในระดับมหภาคคือ Lean การกิจที่เป็น Non Core Function และ Lean ผลิตภัณฑ์และบริการที่ไม่
สร้างคุณค่าให้กับผู้รับผลงานตาม Value chain เดิมกอง/สำนักของกรมผลิต Product แล้วส่งลงพื้นที่ขาดการบูรณา
การ จึงมีกระบวนการ Screen and Select โดย Clusters ก่อนที่จะ Launch Products มีการจัดระดับเพื่อเลือกเป็น
Product Champion ได้แก่ 1.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2.สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 3.โรงเรียนส่งเสริม
สุขภาพ 4.การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) 5.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
6.Healthy Workplace 7.EHA 8.คู่มือแนวทางการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสำหรับองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น 9.Care Manager 10.คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด จากการสำรวจข้อมูล พบว่า กลุ่มลูกค้าพึง
พอใจต่อผลิตภัณฑ์ โดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 85 ส่วนการ Lean ระดับจุลภาค โดยให้ทุกหน่วยงานของกรมฯลด
DOWNTIME เป็นตัวย่อของ Defects, Overproduction, Waiting, Non-utilized Talent, Transportation,
Inventory, Motion, Excess processing ตัวอย่างความสำเร็จ ได้แก่ การพิจารณาอุทธรณ์ตาม พ.ร.บ.การ
สาธารณสุข พ.ศ.2535 โดยแก้กฎหมายให้พิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 90 วัน ส่งผลให้การพิจารณาอุทธรณ์แล้ว
เสร็จ ร้อยละ 14.06 ในปี 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 65.93 ในปี 2561 และกระบวนการการคลังและงบประมาณ เน้น
ปิดช่องว่าง โดยนำระบบ IT มาใช้ลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงานจาก 10 วันเหลือ 8 วันทำการ และมีการ
ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณผ่านการประชุมทุกเดือน ส่งผลให้กรมฯ เป็นหน่วยงานที่เบิกจ่ายสูงสุดลำดับ 1
(ร้อยละ 41.96) ของกระทรวงสาธารณสุข และสูงกว่าเมื่อช่วงเวลาเดียวกันของปี 2559 (ร้อยละ 36.04)
นอกจากนี้ กรมฯ มีนโยบาย paperless meeting โดย Download เอกสาร จาก QR code แทน สามารถลด
ค่าใช้จ่ายเอกสารการประชุม ปีละประมาณ 424,800 บาท และการประชุมผ่าน Web conference ช่วยลด
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและสื่อสารได้ทันต่อเหตุการณ์ กรมฯมอบ รพ.ทำ Unit cost เพื่อควบคุมต้นทุน โดย unit
cost/OPD Visit ของศูนย์อนามัยที่ 5 จาก 629 บาท ในปี 2559 เป็น 640 บาท ในปี 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.75

Core Business Process: CBP ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับ Value chain โดยผลิต Product ตรงความ
ต้องการของ Customer/Stakeholder (C/SH) มีการแบ่งแยกหน้าที่ของหน่วยงานของกรมอนามัย โดยกอง/สำนัก
ส่วนกลาง ผลิต Product สายบนได้แก่ นโยบาย/ยุทธศาสตร์ชาติ/กฎหมาย/มาตรฐาน เพื่อส่งมอบ C/SH สายบน
ส่วนศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขต สร้าง Product สายล่างได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์ รูปแบบบริการ เทคโนโลยี และ

นวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เพื่อส่งมอบให้กับ C/SH ในระดับเขต/จังหวัด โดย cluster จะเป็นผู้บูรณาการระหว่างส่วนกลางกับศูนย์อนามัย (Inbound Logistic) ส่วนศูนย์อนามัยจะเป็นผู้บูรณาการจากเขตไปสู่เขตสุขภาพ จังหวัดและอำเภอ (Outbound Logistic) ใช้การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน ใช้กลไกขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับหน่วยงานภายนอก โดย MOU ระหว่างกระทรวง เช่น งานผู้สูงอายุ Cluster ผู้สูงอายุประสานกับกระทรวง พม. สปสช. และผู้บริหาร กสธ. ในเรื่องนโยบาย เป้าหมายและงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศูนย์อนามัยประสานกับเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการอบรมและขึ้นทะเบียนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager (CM) และ Care Givers (CG) เพื่อให้ CM ทำ Care plan รายบุคคลเพื่อเสนอ อปท. เพื่อของบประมาณต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น อปท. ไม่กล้าใช้เงินเพราะกลัวผิดระเบียบ ประสาน กสธ. ออกระเบียบการใช้เงิน แก้ไขปัญหาการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ,CM ,CG และการทำ Care plan โดย กสธ., สปสช. และมหาวิทยาลัยแม่โจ้ร่วมกันผลิตโปรแกรม Elderly LTC ให้พื้นที่ใช้ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ จำนวน 7,001,490 คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน 187,890 คน และมีสุขภาพดีขึ้น เปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,952 คน และเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคม จำนวน 7,412 คน ตัวอย่างการควบคุมห่วงโซ่อุปทานงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่นการขับเคลื่อนมาตรฐานโรงพยาบาลที่ดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital เป็นการส่งเสริมให้โรงพยาบาลสามารถลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพ และเป็นต้นแบบให้กับชุมชนและประชาชน เป้าหมายคือโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 958 แห่ง ผลการดำเนินงานปี 2559-2560 จำนวนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40.50, 92.08 และ 100 ตามลำดับ ความสำเร็จของทั้ง 2 ตัวอย่างเกิดจากการปรับระบบมาเป็นการทำร่วมกับพันธมิตร เน้นการประเมินความพึงพอใจและรับฟังความต้องการของ C/SH ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลเช่น โปรแกรมการตรวจสอบสถานการณ์อุทธรณ์ การพัฒนาเครื่องมือสำรวจข้อมูลผ่าน QR Code, Facebook, เว็บไซต์ของกรมฯ กรมาพัฒนา DOH Dashboard เพื่อ feedback ความสำเร็จ/ไม่สำเร็จ ของตัวชี้วัดไปยังภาคีเครือข่าย ทำให้เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ สถานบริการสามารถเข้าไปดูข้อมูลแบบ real time มีระบบการกำกับและตรวจสอบการทำงานของผู้ส่งมอบผลิตภัณฑ์ และประชุมติดตามผลการดำเนินงาน

6.2 การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

กรมฯ เป็นผู้ออกมาตรฐานและเป็นผู้ประเมิน “สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน” ทุกหน่วยงานของกรมฯ ผ่านการรับรองตามมาตรฐานดังกล่าว มีการตรวจวัดแสงสว่างในที่ทำงาน ตรวจคุณภาพอากาศ จัดพื้นที่สำหรับเครื่องถ่ายเอกสาร ติดกล้องวงจรปิด มีระบบ Security 24 ชั่วโมง การบำรุงรักษาลิฟต์ตามรอบเวลา รพ.ของกรมอนามัยที่เสี่ยงสูง(มีผู้ป่วยในห้องคลอด/ผ่าตัด ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 และ 5) มีระบบจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จนผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ระดับ 3 มีเครื่องปั่นไฟ ถึงดับเพลิง Censor ดักจับควันและความร้อน และทุกห้องเตรียมแผนเผชิญเหตุ แผนกู้คืน แผนฟื้นฟูเมื่อเกิดไฟดับ/ไฟไหม้ และมีการซ้อมแผนทุกปี การดำเนินงานตามนโยบายความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ ได้แก่ Computer ทุกเครื่องในระบบมีโปรแกรมป้องกัน malware การเข้าระบบ network มีระบบ password ติดตั้ง firewall, UPS, มีระบบการ backup ข้อมูลใน Server เก็บไว้ไม่ต่ำกว่า 3 แห่ง คือ ที่กรมอนามัยแต่ละคนละตึก ที่ G Cloud และ DR site (ราชบุรี) โดยการครอบคลุมการสำรองข้อมูลสารสนเทศ (Back up) ร้อยละ 93, 100 และ 100 ตามลำดับ

Cluster KISS มีหน้าที่ประสานและจัดสรรทรัพยากรเกี่ยวกับ KM, Information Technology และ Surveillance System โดยเตรียมข้อมูลการเฝ้าระวังและข้อเสนอแนะทุกองค์กรที่ 3 ของเดือน (การแลกเปลี่ยนในที่ประชุมทำให้พบโอกาสทางนวัตกรรม) การกำหนดหัวข้อวิจัย พัฒนาผู้วิจัยหน้าใหม่ และ รวบรวมและเผยแพร่ Knowledge Asset การนำเสนอนวัตกรรมในเวที LIKE Talk Award สนับสนุนการส่งเรื่องเข้าประกวด ทำให้ได้รางวัลTPSA ระดับดีเด่น 3 รางวัลในปี 2561 กรมฯ เน้นการใช้ระบบข้อมูลเพื่อหา knowledge gap และปรับงบประมาณเพื่อนำมาพัฒนานวัตกรรมเพื่อปิด gap

ส่วนที่ 2-2 การดำเนินการที่โดดเด่นรายหมวด

หมวด 2 ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์

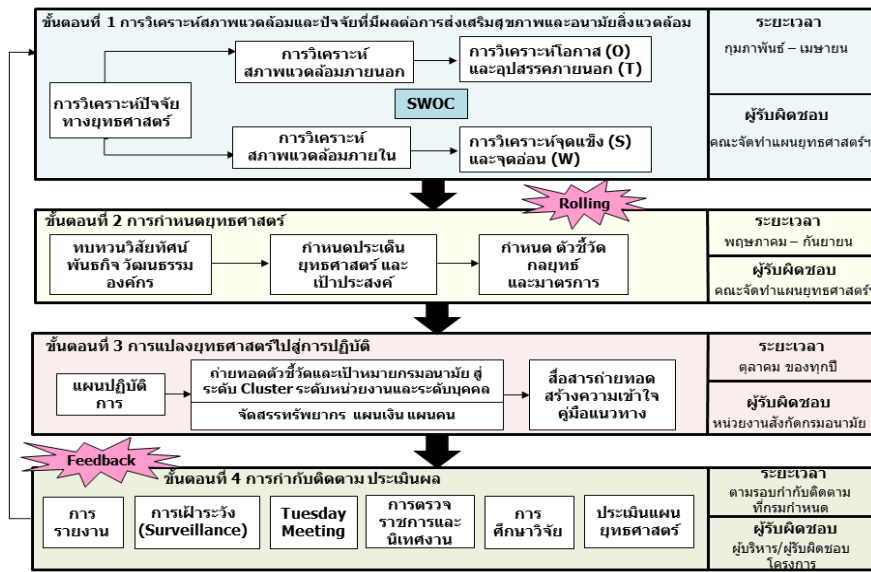
2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์

ก. กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์

ปีงบประมาณ 2559 สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเริ่มจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 กรมอนามัยจึงได้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)” ที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยง (Alignment) กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยใช้กรอบแนวคิด “เส้นทางชีวิตและสุขภาพ” โดยได้แต่งตั้งคณะจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย 2 คณะ ประกอบด้วย 1) คณะอำนวยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ มีอธิบดีเป็นประธาน ผู้อำนวยการกองแผนงานเป็นเลขานุการ 2) คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ มีรองอธิบดีกรมอนามัย เป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นเลขานุการ โดยใช้การประชุมเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการ ซึ่งมีอธิบดีกรมอนามัย เป็นประธานการประชุมทุกครั้ง (24 ครั้ง) กรมอนามัยมีกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ 4 ขั้นตอน ดังแผนภาพ 2-1 และใช้ข้อมูลเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนยุทธศาสตร์ ดังตารางที่ 2-1

ปัจจัยที่สำคัญ	วิธีรวบรวม	เครื่องมือและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	ความถี่ในการวิเคราะห์ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
นโยบายรัฐบาล, ยุทธศาสตร์ชาติ, แผนปฏิรูปประเทศแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศ ระดับโลก (SDGs)	- เว็บไซต์	-SWOC Analysis/ PEST Analysis	-ปีละครั้งหรือตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง	-กองแผนงาน
ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	-สรุปความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- SWOC Analysis	-ปีละครั้ง	- กองแผนงาน - คกก.ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีทำงาน (Cluster) กลุ่ม 8 : กลุ่มจัดการความรู้ ข้อมูล และการเฝ้าระวัง (KISS)
กฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	-ข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข -การประชุมทุกสัปดาห์ในวันอังคาร (Tuesday Regular Meeting)	- SWOC Analysis - Gap Analysis	- 6 เดือนครั้ง - 6 เดือนครั้ง	-คกก.ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีทำงาน (Cluster) กลุ่ม 10 -กองแผนงาน -สำนัก/กอง
ผลการดำเนินงานโครงการ/ตัวชี้วัดและผลการเบิกจ่ายงบประมาณ	- DoH Dashborad - ระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน (DOC) -ระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) -ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS -การประชุมทุกสัปดาห์ในวันอังคาร (TRM)	- SWOC Analysis - Benchmarking	- 6 เดือนครั้ง - เดือนละครั้ง	- กองแผนงาน - คกก.ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีทำงาน (Cluster) กลุ่ม 7 : กลุ่มการคลังและงบประมาณ (FIN) และกลุ่ม 8 : กลุ่มจัดการความรู้ ข้อมูล และการเฝ้าระวัง (KISS)

ตารางที่ 2-1 การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และสารสนเทศ ปัจจัยนำเข้าเพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์



สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม และโอกาสทางยุทธศาสตร์

กรมฯ ใช้ 3L (Lead Lean Learn) โดยเน้นการนำด้วยข้อมูลและความรู้ Lean สิ่งที่ไม่สร้างคุณค่าในมุมมองของ Customer/Stakeholder (C/SH) ส่วน Learn เน้นการวัดวิเคราะห์เพื่อการจัดการความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนระบบ และการสร้างนวัตกรรม ในช่วงการจัดทำ

แผนยุทธศาสตร์ จะใช้ 3 ขั้นตอน 3R คือ Retreat คือทบทวนอดีตเพื่อจะก้าวไปข้างหน้า Re role คือการปรับบทบาทหลังการทบทวน และ Re structure ปรับโครงสร้างเพื่อให้บทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วง Retreat จะสร้างบรรยากาศการทำแผนที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเสนอความเห็น และกระตุ้นให้เกิดวิธีคิดใหม่ๆ ในบางวาระจะใช้วิธีการ Outside in คือนำคนภายนอกกรมฯ ได้แก่ ภาคีเครือข่าย ตัวแทนกลุ่มวัยต่างๆ อดีตผู้บริหารกรมฯ มามองจากข้างนอกเข้ามาในกรมฯ พร้อมเสนอความเห็น มีการมอบหมายให้ไปทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะบทสรุปจากประชุม Charter หรือ Declaration ที่ออกโดย Global Health Promotion Conference ซึ่งประชุมมาทั้งหมด 9 ครั้ง โดยเฉพาะ 21st Century Challenge ได้นำมาเป็น Challenge ของการทำแผนยุทธศาสตร์ครั้งนี้ด้วย ซึ่งโอกาสทางยุทธศาสตร์ที่ได้จากช่วง Retreat การทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยตามแนวคิดเส้นทางชีวิตเพื่อสุขภาพ (Life Course Approach ; LCA), Shanghai Declaration, การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้บุคคลให้สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีวิถีชีวิตที่ไม่เสี่ยงต่อโรคโดยเฉพาะ NCD พัฒนาชุมชนให้สามารถจัดการสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของชุมชนตนเองได้ (Active Community หรือ Health literate community), ค่ากลางของ นพ.อมร นนทสุต, Value chain, Digital Disruption, Kotter's 8 steps for change, 3L

การวิเคราะห์และกำหนดยุทธศาสตร์

ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ : 1) ด้านพันธุกรรม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุ^{C1} (ผู้สูงอายุร้อยละ 16) โรคไม่ติดต่อ (NCD)^{C2} ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคของพฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปีสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year หรือ DALY ซึ่งเท่ากับปีที่ตายก่อนวัยอันควร+ปีที่พิการหรือเป็นโรคเรื้อรัง) ของคนไทยในปี 2557 เท่ากับ 10.5 ล้านปี จากทั้งหมด 14.9 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นจนเป็นภาระต่อระบบสุขภาพ และทำให้ลดปีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy ; HALE ซึ่งเท่ากับ อายุไขเฉลี่ยเมื่อแรกคลอด-ปีสูญเสียสุขภาพ) เป้าหมายของยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัยที่กำหนดไว้ 72 ปีในปี 2564 การที่ Information overload ในขณะที่ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ^{C3} (Health Literacy) ไม่เพียงพอที่จะรองรับ ความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้และความซับซ้อนของระบบสุขภาพ (Demand and Complexity) ได้ทำให้เกิด Health Literacy Gap การเติบโต

ของเมือง^{C4} (ประชากรอยู่ในเขตเมืองจะเป็นร้อยละ 60 ในอีก 5 ปี) จะส่งผลต่อวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเครียด และปัญหาขยะ มลภาวะและการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (Climate Change) 2.) ด้าน Operation การพัฒนาภาครัฐภายใต้บริบทระบบราชการไปสู่ระบบราชการ 4.0 รวมถึงแผนปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ให้กรมอนามัยปรับเปลี่ยนมาทำบทบาทหลักคือการอภิบาลระบบ^{C5} นอกจากนี้ Digital Disruption^{C6} ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์ บริการ หรือเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว 3.) ด้านบุคลากร^{C7} 1 ใน 3 ของข้าราชการกรมฯ จะเกษียณอายุภายใน 10 ปี, ร้อยละ 70 และ 50 ของข้าราชการกรมฯ อยู่ที่ศูนย์เขต และ รพ.ของศูนย์เขต ตามลำดับ เกิดประเด็นท้าทาย จะเกี่ยกำลังคนและพัฒนาสมรรถนะกำลังคนในศูนย์เขตอย่างไร เพื่อไปสู่มหาภัยใหม่

ความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ 1) ด้านพันธกิจมี พรบ.ในการกำกับ 3 ฉบับ^{A1} ได้แก่ พรบ.การสาธารณสุข 2535 พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2559 และ พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 2560 2) ด้านปฏิบัติการ : มีทั้งหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค^{A2} ครอบคลุมเชิงประเด็นและพื้นที่ ทำให้เอื้อต่อการดำเนินงาน และได้รับมอบหมายจากรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ตามประเด็นแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การบริหารจัดการด้านสุขภาพ ที่มีการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ เป็นโอกาสที่ดีทำให้หน่วยงานส่วนกลางของกรมอนามัยที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค สามารถสร้างโอกาสในการยกระดับเป็นหน่วยงานหลักบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Regional Lead) ด้วยการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP & P Excellence) ระดับเขตสุขภาพให้เกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรม 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม : กระแสความตื่นตัวเรื่องการดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น^{A3} โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง PM 2.5

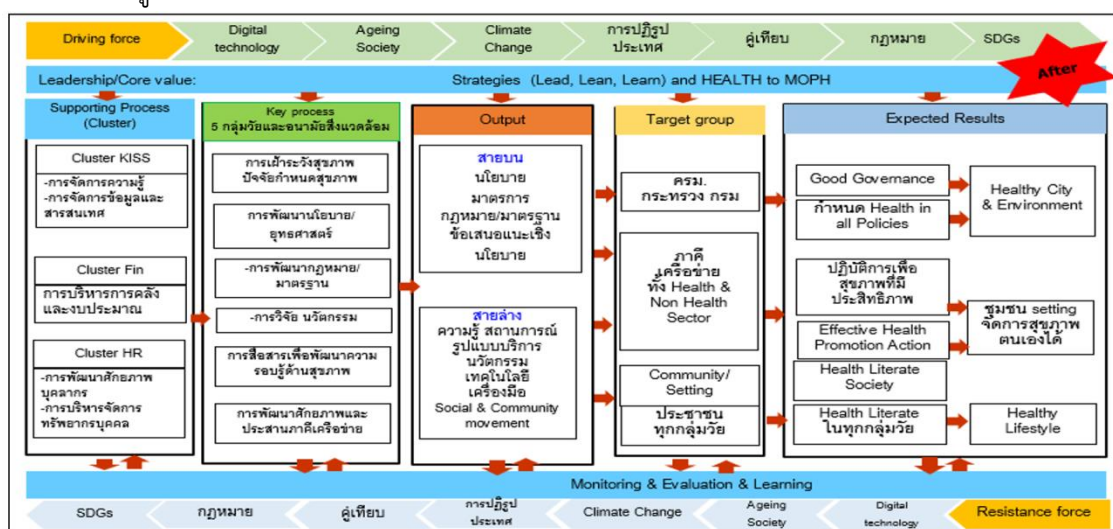
จากข้อมูลจากสภาพแวดล้อมและปัจจัย โอกาสเชิงยุทธศาสตร์ ความท้าทายและความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ในช่วงเดือนพ.ค.-ก.ย.2559 เป็นช่วงจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategy Formulation) โดยกำหนด **Strategic Positioning** คือ หน่วยงานส่วนกลางยกระดับเป็นองค์กรหลักของชาติ (National Lead)^{A1,C5} ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1-12 สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง เป็นหน่วยงานหลักระดับพื้นที่ (Regional Lead)^{A2} โดย **Ultimate Goal** ที่สอดคล้องกับเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข คือ “ประชาชนสุขภาพดี (วัดที่จำนวนปีสุขภาพดี หรือ HALE) ภาควิชาเครือข่ายและเจ้าหน้าที่มีความสุข (วัดที่ Engagement) ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมยั่งยืน (วัดจาก Governance)” เพื่อเป็นทิศทางเป้าหมายในระยะยาว กำหนด **วิสัยทัศน์ (Vision)** กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนสุขภาพดี “กำหนด **พันธกิจกรมอนามัย** คือ “การส่งเสริมความรู้เชิงลึก เพื่อขึ้นนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กำกับติดตามประเมินผล ประสานและรวมพลังภาคีเครือข่ายทั้งระบบ และสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพร่วมกัน “โดยมี 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 12 เป้าประสงค์ จากนั้นกำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการและวงรอบเวลา เพื่อเป็นทิศทางและเป้าหมายที่ต้องการไปให้ถึงในช่วงระยะ 5 ปี) กำหนดเป็น “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)” ดังภาพ 2-5 จากนั้นก็จะถอดจากแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี เป็น Action plan เป็นแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณประจำปีต่อไป ปลายปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุข (กสธ) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี เพื่อไปสู่ 4 Excellence ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence), บริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence), บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence), การจัดการและธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence) กสธ.ได้มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นผู้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P)” เพื่อรองรับการเป็น PP Excellence จึงนำแผนยุทธศาสตร์ของกรมฯซึ่งเป็นส่วนของ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ไปผนวกกับยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค (Disease Prevention) และของสำนักงานอาหารและยา (Consumer Protection) เมื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (แผนยุทธศาสตร์ PP&P) ระดับกระทรวงแล้วเสร็จ กรมอนามัยเสนอกระทรวง เพื่อสั่งการให้ทั้ง 12 เขตสุขภาพ จัดทำยุทธศาสตร์ PP&P ของแต่ละเขตให้สอดคล้องกับพื้นที่ และเขตสุขภาพก็ มอบหมายให้ทุกจังหวัดจัดทำยุทธศาสตร์ PP&P ระดับจังหวัดให้สอดคล้องกับบริบทของจังหวัด จึงเป็นครั้งแรกที่ ยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานอาหารและยา ถูกผนวกเป็นยุทธศาสตร์ PP&P ของ กสธ. และลงสู่ระดับเขตจนถึงระดับจังหวัด โดยใช้งบประมาณกรมอนามัยในส่วนของการจัดทำยุทธศาสตร์ PP&P ของ ระดับกระทรวง เขต จังหวัด ส่วนงบที่จะนำมาใช้ในการดำเนินการตามแผน ใช้งบประมาณจากพื้นที่ ซึ่งเป็น จุดเริ่มต้นของการปรับบทบาทของกรมอนามัยจาก Technical supporter ที่ใช้งบประมาณตนเองลงไปสู่พื้นที่ มา ทำบทบาท System Governance ที่พื้นที่ต้องใช้งบประมาณตนเอง

ระบบงานและสมรรถนะหลักของส่วนราชการ

ระบบงานกรมอนามัย เป็นดังภาพที่ 2-2 เดิมลักษณะการทำงานของกรมจะเป็นแบบ Function แยกตามกอง/สำนัก แต่ละกอง/สำนักทำงานตาม Function ทำให้มีปัญหาการบูรณาการ จึงสร้างระบบ การบูรณาการในรูปของ cluster โดยนอกจากจะทำหน้าที่ตาม Function ของกองและสำนักแล้ว ต้องมา ทำงานเชิงบูรณาการในรูป Cluster โดยมีรองอธิบดีเป็นหัวหน้า cluster ทำหน้าที่บูรณาการทั้งแผนงาน แผนงบประมาณ โดย cluster จะเป็นผู้ screen and select แผนงานโครงการของกอง/สำนักต่างๆ และมี อำนาจในการจัดสรรงบประมาณในส่วนของงานบูรณาการที่จะลงไปสู่พื้นที่โดยบูรณาการกับศูนย์เขตในการ ส่งมอบคุณค่าผ่านผลิตภัณฑ์สู่พื้นที่ (Inbound Logistic) ส่วนศูนย์เขตมีหน้าที่บูรณาการกับเขตสุขภาพ/ จังหวัดเพื่อส่งมอบผลิตภัณฑ์สู่ประชาชน (Outbound Logistic) Cluster ประกอบด้วย

1. Cluster 4 กลุ่มวัย ได้แก่ Cluster กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, วัยเรียนและวัยรุ่น, วัยทำงาน, วัย สูงอายุ โดยมาจากกอง/สำนัก สายส่งเสริมสุขภาพ
2. Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม จากกอง/สำนัก สายสิ่งแวดล้อม
3. Cluster สนับสนุน 4 Cluster ได้แก่ KISS (บูรณาการเรื่อง KM, Information Technology, Surveillance System), Fin (บูรณาการเรื่อง การงบประมาณ การเงินการคลังและตรวจสอบภายใน), HR (บูรณาการเรื่อง HRP, HRM, PMS, HRD, Ethic & Integrity), LAW (บูรณาการเรื่องกฎหมายทั้งหมดที่อยู่ ในการกำกับดูแลของกรมฯ)



แผนภาพที่ 2-2 ระบบงานของกรมอนามัย

Core Business Process (CBP) กรมฯ ปรับระบบการส่งมอบคุณค่าผ่านผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพ ไปสู่ภาคีเครือข่ายจนถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยใช้แนวคิด Value chain & Lean ดังนี้ (แผนภาพที่ 2-3)

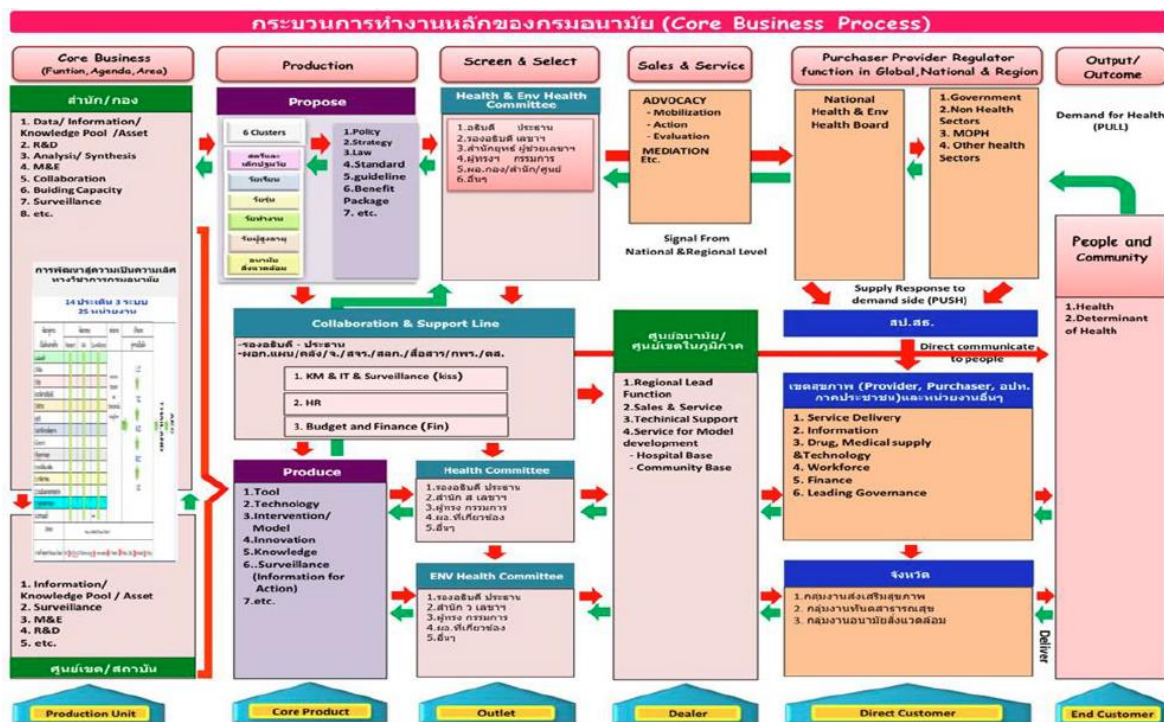
1. เดิมไม่มีการ Screen and select ผลิตภัณฑ์ จึงออกแบบให้ Cluster เป็นผู้ Screen and Select ใน 2 ชั้น คือ (1) Cluster สามารถจัดสรรงบประมาณโดยเลือกโครงการที่พิจารณาว่ามีศักยภาพและตรงกับ Core Function (2) เมื่อผลิตเสร็จจะ Screen & Select ถึง Product Capability ก่อนที่จะ Launch Product ไปสู่ศูนย์เขต

2. เดิมการผลิตแบบ Supply Push เปลี่ยนเป็นการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการของพื้นที่ (Demand Pull) โดย ศูนย์เขตจะส่ง Signal เพื่อผลิต Product สายล่าง ส่วน Product สายบนจะรับ Signal จาก กรม/กระทรวง

3. กรมฯ เปลี่ยน Strategic Positioning มา System Governance เป็นหลักและจะค่อยๆ มอบเรื่อง Technical Support ไปให้สถาบันวิชาการ เช่น สถาบันราชชนก วิทยาลัยพยาบาล หรือมหาวิทยาลัยอื่นๆ ในพื้นที่

Core Competency การปรับบทบาทจาก Technical Support มาเป็น Sytem Governance จำเป็นต้อง ปรับ Core Competency จากการวิเคราะห์บทบาทใหม่กรมฯ ได้ปรับ Core Competency เป็น 1) **Assessment** คือการประเมินสถานการณ์ทั้ง Demand And Supply For Health Promotion 2) **Adocate** การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/มาตรการ ว่าอะไรที่ควรทำ (What To Do?) 3) **Intervention** คือ การพัฒนาเครื่องมือหรือกลไกในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาสุขภาพ 4) **Management And Governance** คือการบริหารจัดการและอภิบาลระบบ สิ่งที่กรมฯ ได้ดำเนินการในส่วนของ Core Competency ใหม่ ได้แก่

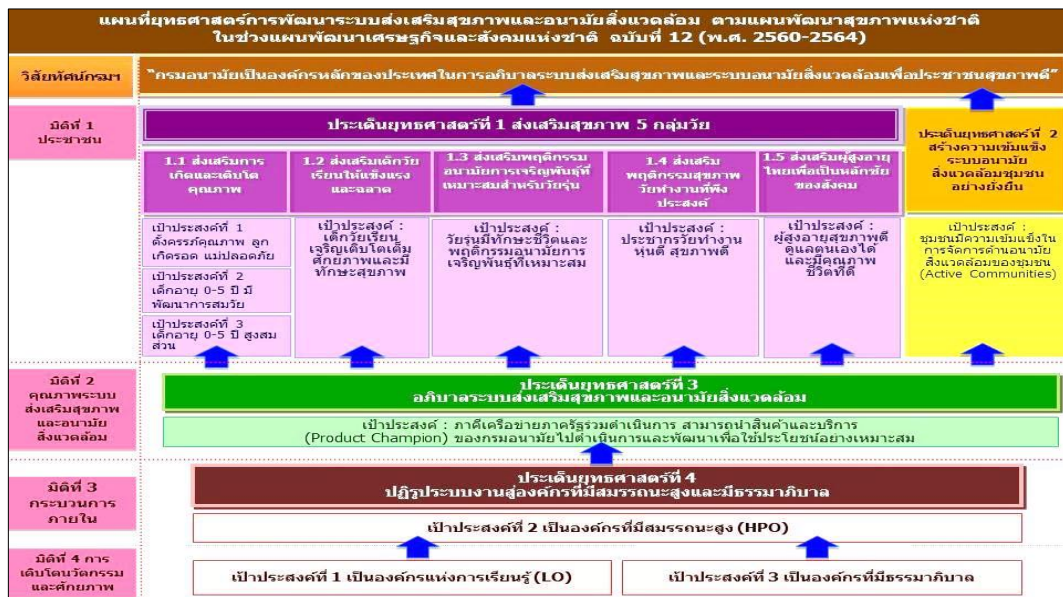
1. สื่อสารให้บุคลากรกรมฯ ให้รับทราบและเข้าใจโดยทั่วกัน ดังภาพที่ 2-4
2. พัฒนาศักยภาพ โดยในสูตรการพัฒนาศักยภาพ OSOF, NeGSOF ได้บรรจุ A2IM ในหลักสูตรทั้ง 2
3. เมื่อประกาศเป็น Core Competency ของกรมฯ แล้ว การเลื่อนตำแหน่ง การพิจารณาความดีความชอบเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนจะมีการประเมิน A2IM โดยกองการเจ้าหน้าที่ได้กำหนดวิธีการประเมินแต่ละองค์ประกอบของ A2IM อย่างชัดเจน



แผนภาพที่ 2-3 “กระบวนการทำงานรูปแบบใหม่” (Process Innovation) : Core Business Process

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

ข้อมูลนำเข้าจาก Situation Analysis โอกาสทางกลยุทธ์ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (c) และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (a) นำไปใช้กำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (กรมอนามัยใช้คำว่าประเด็นยุทธศาสตร์) ดังแผนภาพที่ 2-5



ภาพที่ 2-5 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2560-2564

หมายเหตุ*

1. สุขภาพดีในที่นี้คือ อายุยืนยาวโดยไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือไม่พิการหรือมีเรื้อรัง โดยวัดจากปีสุขภาพดี (HALE) ตั้งเป้าหมายในปี 2564 ปี คนไทยมีอายุไขเฉลี่ยเมื่อแรกคลอด (LE) 80 ปี และมีปีสุขภาพดี (HALE) 72 ปี (เป้าหมาย 20 ปี LE 85 ปี HALE 75 ปี)
2. กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค รับผิดชอบเรื่องส่งเสริมป้องกัน ก่อนที่จะป่วย จึงต้องใช้ HALE เป็น Ultimate Goal แทน LE

ตารางที่ 2-2 ความเชื่อมโยงประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และกรอบเวลาที่บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (เป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal))

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	Baseline Data			เป้าหมาย (Targets)				
			ปี 58	ปี 59	ปี 60	ระยะสั้น 1 ปี ปี 60	ระยะยาว			
							ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
เป้าประสงค์สูงสุด : ประชาชนสุขภาพดี										
1.ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย										
1.1 ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ	1.ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	1.อัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	22.73	26.63	23.75	ไม่เกิน 20	ไม่เกิน 20	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 15
	2.เด็กอายุ 0-5ปี มีพัฒนาการสมวัย	2.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี มีพัฒนาการสมวัย	92.11	97.73	94.62	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85
	3.เด็กอายุ 0-5ปี สูงดีสมส่วน	3.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	46.6	47.8	49.8	ร้อยละ 51	ร้อยละ 54	ร้อยละ 57	ร้อยละ 60	ร้อยละ 63
1.2 ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด	4.เด็กวัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ	4.ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดี สมส่วน ฟันไม่ผุ และเด็กอายุ 12 ปีมีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์	64.73	67.69	65.22	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68	ร้อยละ 70	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74
1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น	5.วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม	5.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	47.90	44.80	42.50	ไม่เกิน 42	ไม่เกิน 40	ไม่เกิน 38	ไม่เกิน 36	ไม่เกิน 34
1.4 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์	6.ประชากรวัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี	6.ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	52.48	51.35	51.79	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58
1.5 ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม	7.ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี	7.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	27	74.50	82.40	50	60	70	80	95
		8.ร้อยละของผู้สูงอายุมีพื้นที่อย่างน้อย 20 ซี หรือ 4 คูสบ (หลัง)	44.0	44.7	47.30	ร้อยละ 43	ร้อยละ 44	ร้อยละ 45	ร้อยละ 46	ร้อยละ 47
2.สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน	8.ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน	9. ร้อยละของมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการถูกต้องตามกฎหมาย	90	6	88	100	100	100	100	100
		10. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital	40.50	40.50	92.62	ร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน	- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	-ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก	- ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก	- ร้อยละ 80 ผ่าน เกณฑ์ ระดับดีมาก
เป้าประสงค์สูงสุด : ภาครัฐเครือข่ายและเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน (ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม)										
		11. ร้อยละความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้ (สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกรมอนามัย) ประเมินทุก 3 ปี	-	-	77.58	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
4. ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล	10. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)	12. จำนวนงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์				อย่างน้อย 4 เรื่อง	อย่างน้อย 8 เรื่อง	อย่างน้อย 12 เรื่อง	อย่างน้อย 16 เรื่อง	อย่างน้อย 20 เรื่อง
	11. เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง (HPO)	13. การผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	-	1	-	3 หมวด (สะสม)	4 หมวด (สะสม)	5 หมวด (สะสม)	6 หมวด (สะสม)	ได้รับการรับรองตามระบบ PMQA ครบทุกหมวดจากสำนักงาน ก.พ.ร.
	12. เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล	14. คะแนนประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามระบบ ITA โดยปปท.	80.66	77.90	83.71	ร้อยละ 81	ร้อยละ 82	ร้อยละ 83	ร้อยละ 84	ร้อยละ 85

การที่จะให้มีปีสุขภาพ ถึง 72 ปีได้ กรมฯ ใช้แนวคิด Life Course Approach (LCA) & Health Literacy เนื่องจากสุขภาพเป็นผลสะสม ตั้งแต่ อยู่ในครรภ์ วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานและสูงอายุ โดย

1. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ 4 กลุ่มวัย^{C1,C2,C3,A3}) เพื่อส่งเสริมสุขภาพดีแต่ละช่วงวัยตั้งแต่ แม่และเด็กถึงสูงอายุ

2. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ^{C4,A1,A2,A3}

3. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อรวมพลังและพัฒนาภาคีเพื่อร่วมกันจัดบริการโดยใช้ Products ของกรมฯ ให้กับทุกกลุ่มวัย^{A2}

4. ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 คือสิ่งที่จะสนับสนุนให้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1-3 สำเร็จ โดยใช้ 3L

4.1. Lead^{A1,C5} เน้นการนำแบบรวมหมู่แบบมีวิสัยทัศน์ บูรณาการโดยใช้ Cluster (Cross Function), แล้วสร้างวัฒนธรรมการทำงานโดยใช้ 3L มีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อสังคม

4.2. Lean^{C5,C6} สร้างและส่งมอบคุณค่าในมุมมองของ C/SH, ลด DOWNTIME (Defect, Over Production, Waiting Time, Not Use Of Talent, Transportation, Inventory, Excess Proces) ตามแนวคิดของ Lean

4.3. Learn^{C7} เรียนรู้โดยใช้การวัด วิเคราะห์ จัดการความรู้สู่การปรับระบบหรือสร้างนวัตกรรม, Digitalization, HR strategy (HRP, HRM, PMS, HRD)

หมายเหตุ*

1) กรมฯ ใช้ ประเด็นยุทธศาสตร์ แทน วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และ A1-A3 คือความได้เปรียบ, C1-C7 คือความท้าทายเชิงกลยุทธ์ สามารถดูคำย่อ A1-A3 และ C1-C7 ในหัวข้อความท้าทายและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์

2) รายละเอียด เป้าประสงค์และเครื่องชี้วัด ดูได้ที่ตาราง 2.2 ซึ่งมีความสมดุล (Balanced scorecard) ทั้งมิติ growth & development, กระบวนการภายใน, คุณภาพระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และมิติประชาชน

2.2 การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

จากแผนยุทธศาสตร์ 5 ปีของกรมฯ จะถูกทอนให้เป็นแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณในทุกประเด็นยุทธศาสตร์และทุกเป้าประสงค์ แผนยุทธศาสตร์จะกำหนดแผนงานที่ยังไม่ลงรายละเอียด แต่เมื่อทอนเป็นแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณประจำปี แล้วจะลงรายละเอียดทั้งกิจกรรม งบประมาณ ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นไปกระบวนการทำแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณจะมีความแตกต่างจากเดิมดังนี้

1. ผู้บริหารระดับสูงของกรมฯ (อธิบดีและรองอธิบดี) เห็นชอบวงเงิน การแบ่งงบประมาณเป็น 2 ก้อน (1) งบ Function โดยจัดสรรให้ทุกหน่วยงานของกรมฯ เพื่อไปทำงาน Function ของกอง/สำนัก/ศูนย์เขต (2) งบ Cluster จัดสรรให้กับ clusters 4 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ Clusters ทำหน้าที่ Screen & Select และจัดสรรวงเงินให้กับโครงการต่างๆ โดยทำในรูปแผนบูรณาการระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและศูนย์เขต

2. กอง/สำนัก/ศูนย์เขต และผู้รับผิดชอบโครงการ เขียนโครงการตามรายละเอียดที่กองแผนกำหนด จากนั้นบันทึกข้อมูลในโปรแกรม DOC (Document Operation Center) ทั้งงบ Function และ Clusters โดยต้องระบุรายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ วงเงินงบประมาณ และผู้รับผิดชอบ รวมถึงรหัสของแผนงาน โครงการ เครื่องชี้วัด กิจกรรมหลัก งบประมาณ หน่วยเบิก เพื่อสะดวกต่อการจำแนก โดยจัดทำแผนทั้งเงินงบประมาณและนอกงบประมาณ (เงินบำรุง/เงินจาก สสส สปสช หรือเงินจากต่างประเทศ) และแผนจัดซื้อจัดจ้างรายไตรมาส

3. กองแผนงาน ตรวจสอบ และ Print แผนงบประมาณจากทุกหน่วยงานที่บันทึกเข้ามา เพื่อเสนออธิบดีอนุมัติก่อน 30 ก.ย. เพื่อให้สามารถเริ่มใช้เงินงบประมาณ/นอกงบประมาณตั้งแต่ 1 ต.ค. ของทุกปี

การวางแผนปฏิบัติการในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กร ด้วย Change Management (CM)

ในปี 2559 กรมอนามัยเปลี่ยน Strategic Positioning จาก Technical Support เป็น System Governance การเปลี่ยนแปลงในระดับมาก ซึ่งไม่สามารถใช้ระบบการบริหารจัดการแบบเดิมได้ กรมฯ จึงนำหลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management : CM) มาใช้ โดยตั้งสำนักบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อมารับผิดชอบโดยเฉพาะประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การอภิบาลระบบ และ 4 การพัฒนาองค์กรเป็นองค์กรสมรรถนะสูง องค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม โดยใช้เวลา 2 ปี (2559-2560) จากนั้นจะมอบภารกิจของสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลงไปสู่หน่วยงานปกติของกรมฯ ในปี 2561 การดำเนินการบริหารการเปลี่ยนแปลง (CM) ดังนี้

1. CM โดยใช้ 8 steps ของ Kotter ได้แก่ 1) สร้างความรู้สึกว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง 2) สร้างแนวร่วมและ Volunteer Army 3) กำหนดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 4) เสริมพลังให้กับแนวร่วมและ Volunteer army 5) ขจัดอุปสรรคหรือ Barrier เพื่อให้งานเดินหน้า 6) ทำให้เห็นความสำเร็จ (Short Term Win) 7) รักษาความเร็วของการเปลี่ยนแปลง 8) สถาปนการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร

2. สำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง จัดทำ Blue Print For Change ระดับกรมฯ และทุกหน่วยทำแผน CM ด้วย

3. แผน CM ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 3L คือ Lead Lean Learn โดย

3.1. **Lead** เน้นการนำแบบรวมหมู่ บูรณาการทำงานแบบคร่อมสายงานในรูป Clusters โดยทำงานแบบ Strategic Base ไม่ใช่ Functional Base สู่วิสัยทัศน์ การเป็นองค์กรหลักในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สร้างวัฒนธรรมการทำงานแบบ 3L มีธรรมาภิบาลและรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

3.2. **Lean** โดย Lean ระดับมหภาคคือสร้างและส่งมอบคุณค่า (ในสายตาของ C/SH) ตลอดทั้ง Value Chain เปลี่ยนจาก Supply Push เป็น Demand Pull ส่วน Lean ระดับจุลภาค คือการลด DOWNTIME ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผล และลดต้นทุน

3.3. **Learn** เน้นการใช้ข้อมูล ผ่านการวัด วิเคราะห์ จัดการความรู้เพื่อปรับระบบหรือสร้างนวัตกรรม พัฒนา Digital Innovation เพื่อสร้าง Digital Process & Digital Product และบูรณาการ HRP, HRM, PMS, HRD ด้วย HR Strategy เพื่อพัฒนา Core Competency A2IM ให้กับบุคลากรกรมอนามัยให้สามารถบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมอนามัย

4. Intensive Monitoring and Evaluation (M&E) โดยประชุมสม่ำเสมอทุกวันอังคาร (Tuesday Regular Meeting : TRM) ปังจยสู่ความสำเร็จของการบริหารการเปลี่ยนแปลงคือ Strong Policy จากผู้บริหาร โดยเฉพาะผู้บริหารสูงสุดคืออธิบดี และ Intensive M&E เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ในรอบ 2 ปี ที่ทำเรื่อง CM อธิบดีเป็นประธานการประชุม TRM เกือบทุกครั้ง โดย อังคารสัปดาห์ที่ 1 เป็นวาระการติดตามความก้าวหน้าหน่วยงานส่วนกลาง สัปดาห์ที่ 2 เป็นการประชุมกรมฯ สัปดาห์ที่ 3 เป็นการประชุม เรื่อง การเฝ้าระวัง การจัดการความรู้และการวิจัย สัปดาห์ที่ 4 เป็นการประชุมติดตามเรื่องแผนยุทธศาสตร์

5. การปรับโครงสร้างองค์กร (Restructure) เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจใหม่และ Strategic Positioning ใหม่ จึงมีการปรับโครงสร้างองค์กร ดังนี้

5.1. **ส่วนกลาง** ตั้งสำนักอนามัยผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ตั้งสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ เพื่อรองรับเรื่องพัฒนาการเด็ก โดยทั้ง 2 หน่วยงานแยกจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ ปรับภารกิจศูนย์อนามัยที่ 13 ที่อยู่ใน กทม. มาทำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเขตเมือง เพื่อรองรับสังคมเมืองแบบมหานคร และเปลี่ยนชื่อ เป็นสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง (สสม.) ศูนย์การจัดการความรู้ วิจัย และนวัตกรรม (ศวรณ.) มาบูรณาการเรื่องวิจัยและจัดการความรู้ สำนักงานขับเคลื่อนโครงการกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) สถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นประเด็นปฎิรูปของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

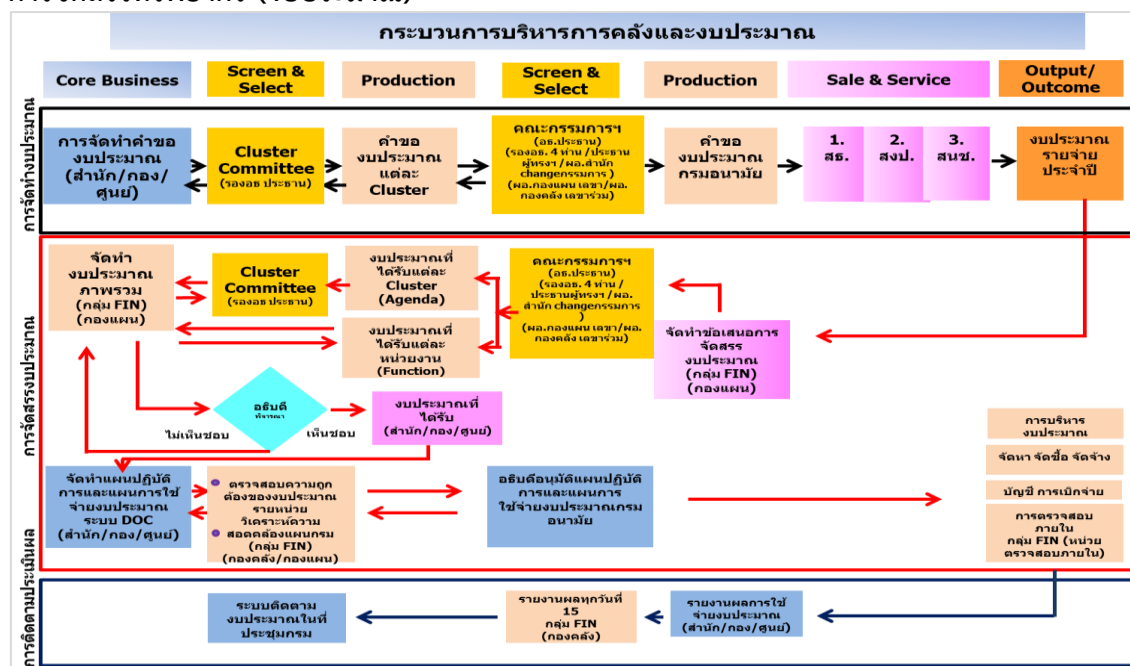
5.2. ส่วนภูมิภาค ได้แก่ ศูนย์อนามัยทั้ง 12 แห่ง ปรับโครงสร้างเพื่อรองรับเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวง เน้นบทบาทการอภิบาลระบบ (Regulator) โดยผ่องถ่ายภารกิจการจัดบริการ (Provider) ให้เขตสุขภาพ ตามแนวคิดเรื่อง Provider Purchaser Splint ซึ่งมี สปสช. เป็น Purchaser เป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่จาก Provider จึงจำเป็นต้องมี Regulator ที่เป็นกลางคุมกติกา ร้อยละ 70 ของข้าราชการกรมฯอยู่ที่ศูนย์เขต โดย 2 ใน 3 ของข้าราชการอยู่ที่โรงพยาบาลของศูนย์อนามัย กรมฯ ได้ปรับโครงสร้างของศูนย์อนามัย โดยเกลี้ยกล่อมคนจากโรงพยาบาลมาอยู่กลุ่มภารกิจวิจัยพัฒนาและสนับสนุนเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มส่งเสริมสุขภาพสตรี และเด็กปฐมวัย วัยเรียนและวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ กลุ่มพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อม กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และกำลังคน ทำให้ศูนย์เขตมีจำนวนตำแหน่งที่ขับเคลื่อน Core Function ของกรมฯเพิ่มขึ้นเท่าตัว

6. ปิดสำนักงานบริหารการเปลี่ยนแปลง ในเดือน ก.ย. 2560 พร้อมกับส่งมอบภารกิจให้หน่วยงานต่างๆ ของกรมฯ ตามบันไดขั้นที่ 8 ของ Kotter's คือ สถาปนาการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร

แผนยุทธศาสตร์ PP&P ของเขตสุขภาพ และจังหวัดในเขต

จากการวิเคราะห์ Value Chain จุดคานงัดที่จะทำให้ภารกิจของกรมฯสำเร็จคือ เขตสุขภาพ เดิมแผนยุทธศาสตร์กรมฯ ที่ออกแบบอย่างดีในช่วง Formulate แต่ Action Plan ไม่สามารถ Implement ลงไปถึงระดับพื้นที่ (เขต จังหวัด อำเภอ สถานบริการ) ปี 2559 จึงปรับระบบ โดย กรมฯของงบประมาณจาก สสส.จำนวน 9 ล้านบาท เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P) จากระดับชาติ ไปสู่แผนยุทธศาสตร์ PP&P ของทั้ง 12 เขต และต่อเนื่องเป็นยุทธศาสตร์ PP&P ของจังหวัดต่างๆในเขตได้สำเร็จ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว จะใช้เป็นกรอบในการทำ Action Plan ที่บูรณาการทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ในแต่ละปีของจังหวัด อำเภอ และสถานบริการ โดยใช้งบประมาณของพื้นที่ มีการแต่งตั้ง กก.ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ PP&P ระดับเขต โดยมีผู้ตรวจราชการ ประจำเขต เป็นประธาน และ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยร่วมกับผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค แต่ละเขตเป็นเลขานุการ โดยเลขานุการจะทำหน้าที่กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน และบรรลุเครื่องชี้วัดตามวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ จึงถือเป็นก้าวสำคัญในการปรับบทบาทของทั้งกรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จากการเป็นผู้ลงไปทำเอง โดยใช้งบประมาณตนเอง มาเป็นผู้อภิบาลระบบ โดยใช้งบประมาณเพื่อการจัดทำยุทธศาสตร์ และการกำกับติดตาม ส่วนงบดำเนินการตาม Action Plan ใช้งบประมาณของพื้นที่

การจัดสรรทรัพยากร (งบประมาณ)



แผนภาพที่ 2-6 การบริหารการคลังและงบประมาณ

แผนปฏิบัติการจะนำมาสู่การจัดทำค่าของงบประมาณจากสำนักงบประมาณ เพื่อได้อนุมัติแผนงบประมาณแล้ว จะไปสู่การทำแผนในรายละเอียด ที่ต้องลึกถึงรายละเอียดของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินการ งบประมาณผู้รับผิดชอบ กรมฯ ใช้กลไกของ Cluster ในการ Screen And Select ดังแผนภาพที่ 2-6 เพื่อบูรณาการแผนของกอง/สำนัก ก่อนลงสู่พื้นที่ ปรับระบบให้งบประมาณไปสู่ศูนย์เขตมากขึ้น ใช้โปรแกรม DOC ทำให้การรวบรวมแผนและการอนุมัติแผนแล้วเสร็จภายใน 30 วัน เพื่อให้วันที่ 1 ตุลาคม สามารถดำเนินการตามแผน

HR strategy เพื่อเกลี้ยกล่อมคนและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรสู่ Core Competency – A2IM

การไม่เพิ่มจำนวนข้าราชการ ทำให้แผน Human Resource Planning (HRP) ทำได้โดยการเกลี้ยกล่อมคน บนหลักการให้บุคลากรทำ Core Function ที่ศูนย์เขตมากขึ้น ทำแผน Human Resource Manangement (HRM) ด้วยการปรับโครงสร้างและเกลี้ยกล่อมคนตามแผน HRP เพื่อให้มีกำลังคนที่เพียงพอในการทำ Core Function ทำแผน HRD เน้น 2 หลักสูตรคือ (1) พัฒนา Gen Y (OSOF) (2) พัฒนาผู้สืบทอดตำแหน่ง (NeGSOF) โดย Input เรื่อง A2IM ทั้ง 2 หลักสูตร และขยายจำนวนผู้เข้ารับการอบรม ปรับเรื่อง Performace Management System (PMS) โดยประเมิน A2IM ในส่วนของ Core Competency การทำคำรับรองการปฏิบัติราชการจากกรมฯ ลงไปสู่ Cluster และหน่วยงาน และจากหน่วยงานสู่บุคคล ดังแผนภาพที่ 2-6 และจ่ายค่าตอบแทนแตกต่างกันตามผล PMS



แผนภาพที่ 2-6 กรอบแนวทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายกรมอนามัยสู่ระดับ Cluster ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล

ในปี 2559 กรมฯ เริ่มทำเกณฑ์ในการวัดคำรับรองจาก PA โดยการมีส่วนร่วมจากทุกส่วน และสื่อสารให้บุคลากรได้รับทราบ ในปี 2560 กรมฯ เริ่มปรับระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS) โดยจะส่งเงินเพื่อเลื่อนเงินเดือน ร้อยละ 2.8 ถึง 3.2 ของเงินเดือนรวมของหน่วยงาน ขึ้นกับผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานนั้น (เดิมจะส่งเงินเพื่อเลื่อนเงินเดือนเท่ากันทุกหน่วยงานคือ ร้อยละ 3) ส่งผลให้หน่วยงานผูกพันกับ KPIs หรือ วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์มากขึ้น ซึ่งถือเป็นกรมแรกๆ ที่ดำเนินการแบบนี้ จน สถานิติบัญญัติแห่งชาติ มาดูงานเกี่ยวกับระบบ PMS ของกรมอนามัย

ตัววัดผลการดำเนินการและการกำกับติดตามผลการดำเนินการ แบ่งได้เป็น

1. ตัววัดผลในแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2560-2564 ดังตารางที่ 2.2
2. ตัววัดผลการพัฒนาตามมาตรฐาน PMQA หมวด 7 (ดังส่วนที่ 3 หมวดผลลัพธ์ 7.1-7.6)
3. ตัววัดผลในระบบการเฝ้าระวัง โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีจำนวน 30 ตัวและในปัจจุบันการทบทวนมีทั้งสิ้น 45 ตัวชี้วัด (รายละเอียดดูใน Web Site กรมอนามัย <http://dashboard.anamai.moph.go.th> ประกอบด้วย 8 ประเด็น (แบ่งตาม 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม) ได้แก่ ประเด็นที่ 1) แม่ตาย, 2) เด็กแรกเกิด-5ปี พัฒนาการสมวัย, 3) เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นสูงวัยดีสมส่วน, 4) วัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ, 5) วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม, 6) วัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี, 7) ผู้สูงอายุสุขภาพดีดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี, 8) ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน ผ่านตัวชี้วัดเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

การกำกับติดตามการบริหารความเสี่ยงและการปรับแผน

ศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงานกรมอนามัย (Department Operation Center :DOC) เป็นระบบที่กรมอนามัยได้พัฒนาขึ้น เนื่องจากเดิมข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณและผลการดำเนินงานยังไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการวางแผนให้ทันเวลา ดังนั้นเพื่อลดขั้นตอนการปฏิบัติงานจึงได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงานให้มีความสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งนำไปใช้ในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ ตลอดจนการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นการกระจายอำนาจงานและงบประมาณให้กับหน่วยงานภายในรับผิดชอบต่อความสำเร็จของผลงานอย่างโปร่งใสตรวจสอบได้ โดยทุกหน่วยงานในสังกัดกรม สามารถบันทึกข้อมูลแผนงานโครงการและความก้าวหน้าการดำเนินงาน การใช้จ่ายงบประมาณ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดประจำปี แบบ Real-Time เป็นระบบที่จัดเก็บข้อมูลสารสนเทศแบบสะสม ผู้บริหารสามารถเข้าระบบเพื่อพิจารณาข้อมูลได้ทุกจุดเวลา เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้าผ่านระบบได้ตลอดเวลา ให้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจและวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ด้วย

กรมฯ มีระบบการบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายในทั่วทั้งองค์กร และเฝ้าระวังความเสี่ยงใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้น กำหนดให้ทุกหน่วยงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงของแผนงาน/โครงการสำคัญ ในแผนปฏิบัติการตามแนวทางมาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมีผลกระทบต่อความสำเร็จของกรมอนามัย

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อควบคุมกำกับกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ให้บรรลุวิสัยทัศน์ เพื่อให้มั่นใจว่าโครงการต่าง ๆ ภายใต้อยุทธศาสตร์นั้น จะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่นำส่งตัวชี้วัดเป้าประสงค์ได้ตรงตามกำหนด ดังตารางที่ 2-2 กรมอนามัยได้กำหนดกรอบแนวทางการติดตามและประเมินผล ดังแผนภาพที่ 2-7 การกำกับติดตาม (Monitoring) ประกอบด้วย

1. การรายงานผลการดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1. **การรายงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-report)** เช่น ระบบ DOH Dashboard เป็นการรายงานที่สนับสนุนการตัดสินใจและการวางแผนของผู้บริหาร ตลอดจนติดตามงานตามภารกิจกรมฯ หรือระบบศูนย์ติดตามผลการปฏิบัติงาน กรมอนามัย (DOC) ที่ให้หน่วยงานภายใต้สังกัดรายงานข้อมูลแผน/ผลการดำเนินงาน และการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนฯ กำหนดให้รายงานภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

1.2. **การรายงานเฉพาะเรื่อง (Special Report)** เป็นการรายงานความก้าวหน้าโครงการสำคัญตามที่กรมฯกำหนด (ตามแบบฟอร์มจากกองแผนงาน) ให้รายงานข้อมูลภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

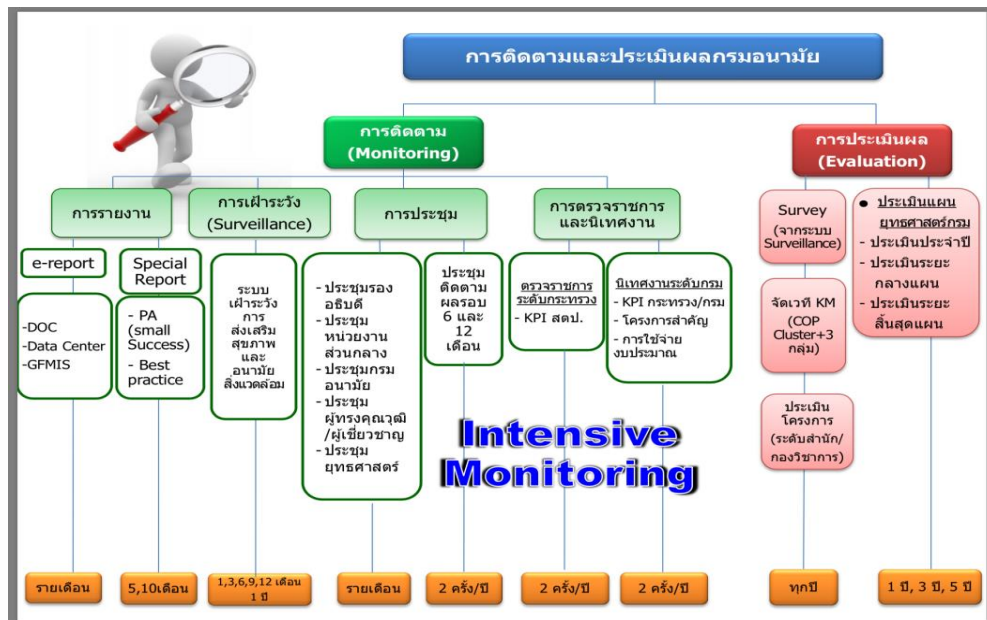
2. **การเฝ้าระวัง (Information for Action)** กำหนดการรายงานตามรอบระยะเวลา 1, 3, 6 และ 12 เดือน ครอบคลุมตัวชี้วัดทั้ง 5 มิติ (Risk Factor, Protective Factor, Promoting Intervention, Health Outcome And Impact) แบ่งการเฝ้าระวังออกเป็น 2 ประเภท คือ การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) เป็นการเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจข้อมูลเอง และการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) เป็นการจัดเก็บและใช้ข้อมูลจากการรายงานที่มีผู้จัดทำไว้แล้ว เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานที่มีอยู่ใน Health Data Center เป็นต้น ทั้งนี้ ได้นำผลการติดตามวัดวิเคราะห์ผ่านระบบการเฝ้าระวังฯ Cluster KISS และคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการกรมอนามัย (กพว.) นำข้อมูลไปทำการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด กลยุทธ์มาตรการ และได้พัฒนาโปรแกรม DOH Dashborad สามารถคืนข้อมูลคืนกลับให้แต่ละระดับ (ประเทศ/เขต/จังหวัด/อำเภอ)

3. การประชุมวาระสำคัญ โดยแบ่งเป็น

3.1. การประชุมประจำทุกวันอังคาร (TRM) อธิบดีกรมอนามัยเป็นประธาน สัปดาห์ที่ 1 : การประชุมหน่วยงานส่วนกลาง สัปดาห์ที่ 2 : การประชุมกรมอนามัย สัปดาห์ที่ 3 : การประชุมคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการกรมอนามัย (กพว.) และสัปดาห์ที่ 4 : การประชุมคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์ฯ

3.2. การประชุมติดตามผลการดำเนินงานรอบ 6 และ 12 เดือน

4. การตรวจราชการและนิเทศงาน ระดับกระทรวงสาธารณสุข เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อให้การปฏิบัติราชการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลลัพธ์ตาม รัฐบาลและกระทรวง กรมฯ ได้ให้ความสำคัญกับการตรวจราชการโดยมอบให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1-12 สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง และบุคลากรระดับสูงของหน่วยงาน เข้าร่วมการตรวจราชการ เป็นบทบาทที่สอดคล้องกับการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผลการตรวจราชการจะสะท้อนปัญหา/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเขตสุขภาพ จังหวัด และกรมอนามัยเองในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้หัวหน้าคณะนิเทศงานของกรมคือ อธิบดีและรองอธิบดีกรมอนามัย ทำให้กรมได้รับทราบข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงของพื้นที่อย่างรวดเร็วและทันสถานการณ์ สำหรับการนิเทศงานระดับกรม เป็นการติดตามเพื่อรับฟังปัญหา/ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหา การใช้ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงมาตรการที่ใช้ในการดำเนินการ ตลอดจนเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งอธิบดี รองอธิบดีจะเป็นผู้นำการนิเทศระดับกรมด้วยตนเอง โดยมีการจัดกำหนดการนิเทศไว้ชัดเจนตั้งแต่ต้นปี



แผนภาพที่ 2-7 ระบบการติดตามประเมินผลของกรมอนามัย

การประเมินผล (Evaluation) แบ่งขอบเขตการประเมินผลเป็น 2 ส่วน คือ

1. **ประเมินตัวชี้วัดตามช่วงเวลา** เป็นการประเมินการบรรลุผล จากการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายตามเกณฑ์/มาตรฐานที่ตั้งไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากระบบรายงาน และเชิงคุณภาพจากการศึกษาวิจัย การสำรวจ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินตนเอง การประเมินโดยหน่วยงานภายนอก การประเมินความพึงพอใจต่าง ๆ และการประเมินโครงการสำคัญของ กรมอนามัย

2. **ประเมินผลสำเร็จและผลกระทบของแผนยุทธศาสตร์ฯ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564)** เป็นระยะ ดังนี้

2.1 **ประเมินผลประจำปี** (แผนปฏิบัติการ : Action Plan) โดยจัดทำรายงานความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ รวมถึงเผยแพร่รายงานผ่านเวทีการสัมมนาประเมินผลการดำเนินงานระยะ 6 เดือน และระยะ 1 ปี

2.2 **ประเมินผลระยะกลางแผนฯ** โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินผลภาพรวมของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการทบทวน

กรอบทิศทางฯ สู่การปรับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ ต่อไป โดยในปี 2561 กรมอนามัยได้จัดตั้งคณะกรรมการประเมินผลครึ่งแผน

2.3 ประเมินผลระยะสิ้นสุดแผนฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการจากหน่วยงานภายนอก เพื่อประเมินผลสำเร็จ ผลลัพธ์ และผลกระทบของแผนยุทธศาสตร์ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ในอนาคตต่อไป

การปรับแผน การประชุม TRM จะทำให้ทราบว่าเครื่องชี้วัดใดมีโอกาสไม่เป็นไปตามแผน เมื่อได้อภิปรายหาข้อสรุปได้แล้ว ประธานในที่ประชุม (อธิบดี) จะสรุป และนำไปสู่การปรับแผนปฏิบัติการต่อไป ในปี 2560 กรมอนามัยได้ทำหลักการปรับแผนปฏิบัติการ ตามสถานการณ์ที่จำเป็นต้องการปรับแผน อาทิเช่น แผนงาน/โครงการ ตามแผนปฏิบัติการ หรือโครงการที่อยู่นอกแผนปฏิบัติการของหน่วยงานซึ่งได้รับการอนุมัติจากกรมฯ นั้น ดำเนินการได้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายการดำเนินงานของโครงการเรียบร้อยแล้ว และมีความจำเป็นต้องดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพตามภารกิจกรมฯ หรือมีสถานการณ์ที่ไม่ปกติจากภายนอก อาทิ ปัญหาหมอกควัน มหาอุทกภัย สถานการณ์ทางการเมือง นโยบายรัฐบาล/กระทรวง ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงานและการบริหารจัดการ กรมฯ จึงกำหนดแนวทางการปรับแผนปฏิบัติการ 4 กรณี ได้แก่ 1) เป็นโครงการใหม่ (นอกแผน) ที่หน่วยงานมีงบประมาณรองรับการดำเนินการไว้เรียบร้อยแล้ว เช่น นำงบประมาณเหลือจ่ายจากโครงการ/กิจกรรมอื่น ๆ หรือได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม จึงนำมาจัดทำโครงการเพิ่มเติม เป็นต้น 2) ยกเลิก หรือ ปรับลดเป้าหมาย ของโครงการ/กิจกรรม 3) เลื่อนระยะเวลาการดำเนินงานไปในไตรมาสต่อไป เช่น กำหนดไว้เดือนมกราคม แต่เลื่อนการดำเนินงานไปเดือนมิถุนายน เป็นต้น และ 4) เพิ่มหรือลดงบประมาณในการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมเดิม ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ทั่วไปและหลักเกณฑ์เฉพาะสำหรับหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค โดยกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจน และมีรายละเอียดของเอกสารประกอบการขออนุมัติโครงการในแต่ละกรณี ซึ่งกระบวนการปรับแผนฯ ดังกล่าว พัฒนาขึ้นจากเดิมที่เงื่อนไขของการปรับแผนยังไม่ชัดเจนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา ได้มีการรับฟังความเห็นของภาคีเครือข่ายนำมาปรับปรุง การกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการปรับแผนฯ และนำไปปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลจากการทำ CM ทำให้เกิดการทำงานแบบ Strategic Base เพื่อไปสู่วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ทำให้เกิดโครงสร้างองค์กรใหม่รองรับ การปรับระบบการทำแผนปฏิบัติการประจำปี โดยใช้โปรแกรม DOC ทำให้การรวบรวมแผนได้เร็วขึ้น การกำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้ Cluster เป็นผู้ Screen and Select การเชื่อมแผนยุทธศาสตร์ของกรมฯ เป็นแผนยุทธศาสตร์ PP&P ของกระทรวง สู่การถ่ายเป็นแผนยุทธศาสตร์ของเขต/จังหวัด ทำให้แผนบูรณาการลงสู่พื้นมีประสิทธิภาพอย่างเชื่อมโยงได้ดีขึ้น การปรับระบบงบประมาณ โดยจัดสรรไปที่ศูนย์เขตมากกว่าจัดสรรให้กอง/สำนักส่วนกลาง การปรับโครงสร้างของศูนย์เขต ทำให้มีงบประมาณและกำลังคนที่เพียงพอในการทำ Core Function การจ่ายค่าตอบแทนไม่เท่ากันตาม PMS ทำให้บุคลากร Engage กับยุทธศาสตร์มากขึ้น การดำเนินการตามที่กล่าวมาทั้งหมด ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลดีขึ้น เช่น แม่ตาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้านบุคลากรดีขึ้น เช่น คะแนนเฉลี่ยผลปฏิบัติงานตามคำรับรองสูงขึ้น ด้านการเงิน การเบิกจ่ายงบประมาณในปี 2559 กรมอนามัยเบิกจ่ายสูงสุดของ กสธ. ด้านกระบวนการ โดยเฉพาะการสร้างนวัตกรรม กรมฯ ได้รับรางวัล TPSA เพิ่มมากขึ้น (ดังรายละเอียดส่วนที่ 3 หมวด 7 ผลลัพธ์)

ข. การคาดการณ์ผลการดำเนินการ

กรมฯ ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดที่มีความสำคัญ ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง ถือเป็น Information For Action หรือ Rapid Response โดยมอบทีม KISS รับผิดชอบในการพัฒนา DOH Dashboard โดยดึงข้อมูลจาก Big Data ของศูนย์สารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข มาทำการประมวลผลโดยสามารถจำแนกรายเขต จังหวัด อำเภอ ลงไปถึงระดับตำบล และสามารถคืนข้อมูลไปให้เขต จังหวัด อำเภอ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหรือ นายอำเภอ (ประธาน คกก. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : พชอ) เป็นผู้ Response ตามลำดับ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังจะถูกนำเสนอทุกวันอังคารสัปดาห์ที่ 3 ในที่ประชุม TRM โดยกำหนดความถี่ในการนำเสนอที่ต่างกัน เช่น อัตราแม่ตาย จะต้องนำเสนอทุกเดือน ทั้งภาพรวมของประเทศ/เขต/จังหวัด และสาเหตุการตาย ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่า เครื่องชี้วัดใดมีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ และพื้นที่ใดมีผลดำเนินงานที่ดี เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียน ค้นหา Best Practice เครื่องชี้วัดใดมีโอกาสไม่บรรลุเป้าหมาย จะทำการหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข เช่น อัตราแม่ตายที่เขตภาคเหนือทำได้ดี จึงได้ขึ้นไปถอดบทเรียน ที่ภาคใต้ทำได้ไม่ดี ได้ลงพื้นที่เพื่อวิเคราะห์เชิงลึก พบมิติของศาสนา ความเชื่อ จึงขอความช่วยเหลือจากผู้นำศาสนา เป็นต้น

การคาดการณ์ข้อมูลเทียบเคียงกับคู่แข่ง/คู่เทียบ กรณีเทียบเคียงภายในประเทศจะใช้เครื่องชี้วัดเกี่ยวกับการพัฒนาองค์กรของส่วนราชการ เช่น ผ่านการรับรอง PMQA จำนวนการได้รางวัล TPSA องค์กรโปร่งใส ดังตารางที่ 2-3 ส่วนการเทียบเคียงต่างประเทศนั้น กสธ. มอบกรมอนามัยดูแลเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับกลุ่มสตรีและเด็กและสุขภาพสิ่งแวดล้อม รวมถึงเป็นตัวแทนของประเทศในการเก็บข้อมูล เช่น อัตราการตายของมารดา (MMR) อัตราการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก (PMTCT) การครอบคลุมด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมเช่น ส้วม น้ำสะอาด โดยคู่เทียบจะใช้ประเทศใน ASEAN/ASIA โดย กสธ. ตั้งเป้าหมายเป็น 1 ใน 3 ของ ASIA (ใน 20 ปีข้างหน้า) ยกตัวอย่าง อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน World Health Statistics 2016 : Monitoring Health for the SDGs รายงานอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก ประมาณ 44 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ในขณะที่ข้อมูลของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2554, 2556 และ 2558 เท่ากับ 53.4, 51.2 และ 44.8 ตามลำดับ ตัวเลขที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกในปี 2558 นำไปสู่การค้นหามาตรการสำคัญเพื่อป้องกันและแก้ไข จนเกิดเป็นพรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 พร้อมกับคาดการณ์แนวโน้มให้ลดลงอย่างต่อเนื่อง จนทำให้กรมอนามัยกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายในปี พ.ศ. 2561 ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน และคาดการณ์ว่าจะลดลงทุกปี จึงได้กำหนดเป้าหมายระยะต่อไป ในปี พ.ศ. 2562-2564 ไม่เกิน 38, 36 และ 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ตามลำดับ สำหรับข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบมาจากแหล่งข้อมูลขององค์กรที่น่าเชื่อถือ เช่น WHO, UNICEF, UNFPA, Word Bank ดังตารางที่ 2-4

ประเด็นเทียบเคียง (ในประเทศ)	ผลการดำเนินงานหน่วยงานเทียบเคียง								
	กรม อ.	สป.	กรม พ.	กรม คร.	กรมแพทย์ แผนไทย	กรม ว.	กรม สบส.	กรม จ.	อย.
การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (คะแนน)	83.71	92.46	89.01	88.96	84.84	87.57	83.52	83.85	84.46

ตารางที่ 2-3 สถานการณ์เปรียบเทียบกับคู่เทียบและการดำเนินการของกรมอนามัย ประเด็นเทียบเคียงภายใน

ประเด็นเทียบเคียง (นอกประเทศ)	ผลการดำเนินงานหน่วยงานเทียบเคียง									
	ไทย	มาเลเซีย	เวียดนาม	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์	บรูไน	ลาว	กัมพูชา	พม่า	อินโดนีเซีย
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	44.3	14	39	63	4	7	-	-	-	-
อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน (Maternal Mortality Ratio : MMR) (ปี 2015)	20	40	54	114	10	23	197	161	178	126
ร้อยละของการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก	1	6	12	27	-	-	24	10	9	27
ร้อยละการเข้าถึงการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (ส้วมและสิ่งปฏิกูล)	96	94	65	78	-	-	-	-	-	-
ร้อยละของประชาชนเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด	98	99	92	93	-	-	-	-	-	-

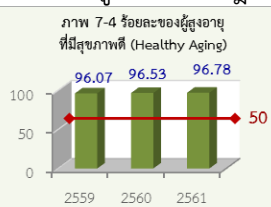
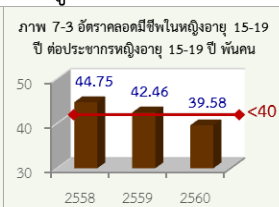
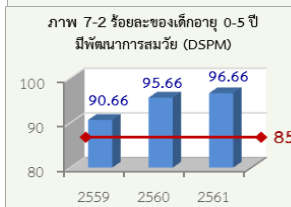
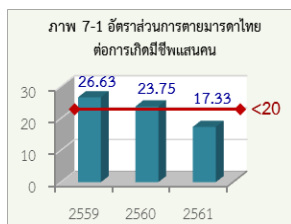
ตารางที่ 2-4 สถานการณ์เปรียบเทียบกับคู่เทียบและการดำเนินการของกรมอนามัย ประเด็นเทียบเคียงภายนอก

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินการ

หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ

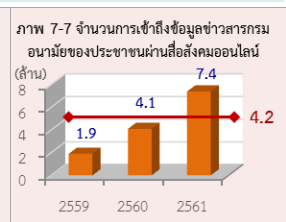
7.1 ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ

ผลลัพธ์ตามพันธกิจของกรมอนามัย พบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้สูงกว่าค่าเป้าหมาย ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ภาพ 7-1), ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย (ภาพ 7-2), อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน (ภาพ 7-3), ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (ภาพ 7-4) สำหรับตัวชี้วัดที่มีแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ได้แก่ ร้อยละของมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการถูกต้องตามกฎหมาย (ภาพ 7-4)



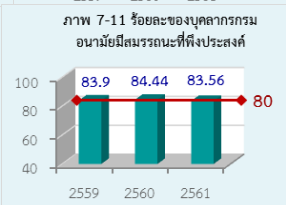
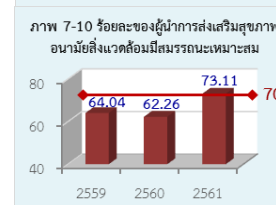
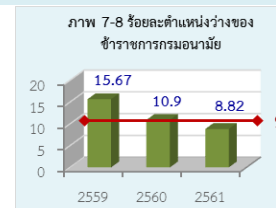
7.2 ด้านการให้ความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผลลัพธ์ด้านการให้ความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ร้อยละความพึงพอใจของ Care Manager ที่มีต่อการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และจำนวนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกรมอนามัยของประชาชนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีแนวโน้มขึ้น (ภาพ 7-6, 7-7)

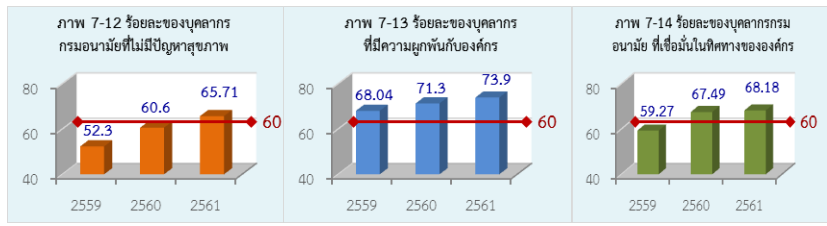


7.3 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร

เพื่อการบรรลุเป้าหมายตามภารกิจและยุทธศาสตร์ กรมอนามัยจึงให้ความสำคัญกับการบริหารและพัฒนากำลังคน ส่งผลให้การบริหารอัตรากำลัง สามารถจัดการตำแหน่งว่างให้ลดลงได้ทุกปี (ภาพ 7-8), การจัดสรรงบประมาณสำหรับการใช้จ่ายเพื่อพัฒนาบุคลากรเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 7-9), ร้อยละของผู้นำการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมมีสมรรถนะเหมาะสมสูงขึ้น (ภาพ 7-10), ร้อยละของบุคลากรกรมอนามัยมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ (ภาพ 7-11),

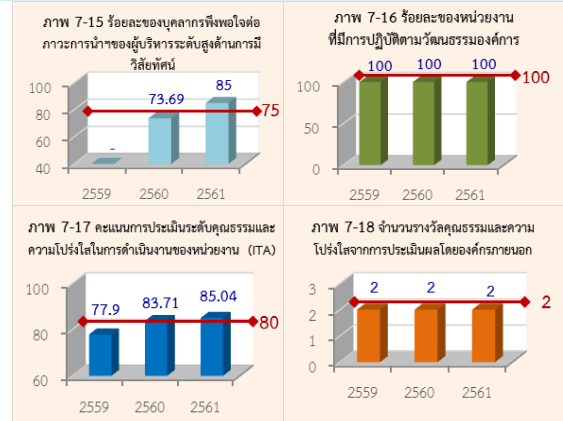


ร้อยละของบุคลากรกรมนามัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพ 7-12) และร้อยละของบุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร มีแนวโน้มสูงขึ้น กว่าค่าเป้าหมาย (ภาพ 7-13) รวมถึง ร้อยละของบุคลากรที่เชื่อมั่นในทิศทางขององค์กรสูงขึ้น (ภาพ 7-14)



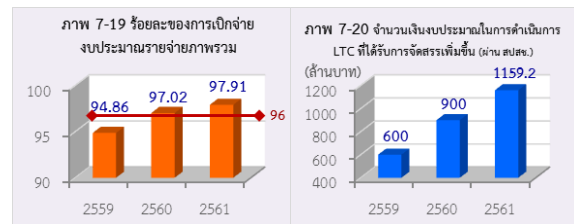
7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแล

ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรมีภาวะการนำอย่างมีวิสัยทัศน์ซึ่งจะเห็นได้จากสมารถนำองค์การให้บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์และการกิจขององค์กร บุคลากรมีความพึงพอใจต่อภาวะการนำในระดับสูง (ภาพ 7-15) และมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกหน่วยงานในสังกัดมีการปฏิบัติตามวัฒนธรรมองค์กร (ภาพ 7-16) รวมทั้งให้ความสำคัญกับเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสซึ่งทำให้ผลการประเมิน ITA สูงกว่าเป้าหมาย (ภาพ 7-17) และได้รางวัล NACC ของ ปปช. และ ITA ของกระทรวงสาธารณสุขทุกปี (ภาพ 7-18)



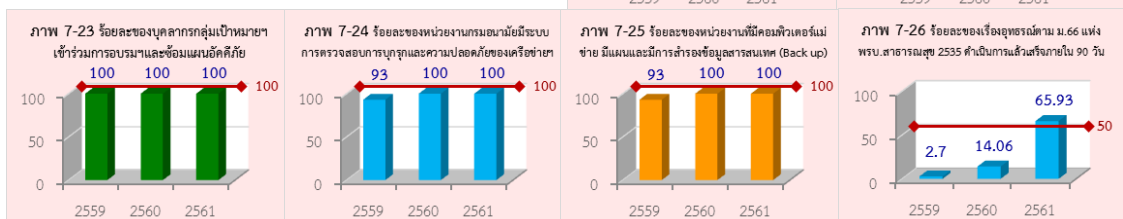
7.5 ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ การเงิน และการเติบโต

กรมได้รับงบประมาณในการดำเนินงานโครงการสำคัญเพิ่มขึ้นทุกปี เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และสามารถเบิกจ่ายเงินงบประมาณภาพรวมได้ตามเป้าหมาย (ภาพ 7-19) (ภาพ 7-20)



7.6 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการและการจัดการห่วงโซ่อุปทาน

กรมนามัยมีการปรับปรุงกระบวนการเพื่อลด Waste และเพิ่ม Value สามารถลดระยะเวลาการเบิกจ่ายงบประมาณลงได้มากกว่าครึ่งของระยะเวลาที่เคยดำเนินการ (ภาพ 7-21) และมีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานจนได้รับรางวัลเลิศรัฐสาขาพัฒนาบริการ นวัตกรรม และ PMQA รวมทั้งด้านคุณธรรมและความโปร่งใสเพิ่มขึ้นสูงกว่าเป้าหมาย (ภาพ 7-22) มีการเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินโดยอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรกลุ่มเป้าหมายครบทุกคน (ภาพ 7-23) ทุกหน่วยงานมีระบบการตรวจสอบการบุกรุกและตรวจสอบความปลอดภัยของเครือข่ายครอบคลุมทุก Host (ภาพ 7-24) รวมทั้งมีแผนและมีการสำรองข้อมูลสารสนเทศ (Back up) (ภาพ 7-25) ในด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทาน กรมสามารถบริหารจัดการหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างสามารถดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างให้แล้วเสร็จภายใน 90 วัน ได้เพิ่มขึ้นทุกปี (ภาพ 7-26)



Category /Item	No.	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2561	ข้อมูลย้อนหลังอย่างน้อย 3 จุด**			
				พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561	
หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ							
7.1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพและการบรรลุพันธกิจ	1	ตัวชี้วัดด้านผลผลิตและการบริการตามพันธกิจหลักของส่วนราชการ					
	1.1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน	<20	26.63	23.75	17.33	
	1.2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (DSPM)	ร้อยละ 85	90.66	95.66	96.66	
	1.3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	<40	44.75 (ปี 58)	42.46 (ปี 59)	39.58 (ปี 60)	
	1.4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Healthy Aging)	ร้อยละ 50	96.07	96.53	96.78	
	1.5	ร้อยละของมูลฝอยติดเชื้อ(จากทุกแหล่งกำเนิด) ที่ได้รับการจัดการถูกต้องตามกฎหมาย	ร้อยละ 90	88.16	88.52	89.91	
	2	ตัวชี้วัดด้านการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ					
	2.1	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 60	62.18	66.32	74.37	
	2.2	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (เดิมคัดกรองได้น้อยกว่าปกติ)	ร้อยละ 20	14.41	18.53	20.59	
	2.3	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS)	ร้อยละ 85	74.91	80.47	85.83	
	2.4	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 60	21.63	51.12	71.10	
	2.5	ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital หมายเหตุ ปี 2560 ปรับชื่อตัวชี้วัด เป็น โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ร้อยละ 100	40.50	92.08	100	
7.2 ผลลัพธ์ด้านการให้บริการและความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	3	ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย					
	3.1	ร้อยละข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขจนได้ข้อยุติ (ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535)	ร้อยละ 100	100	100	100	
	3.2	ร้อยละของเรื่องที่ได้รับการตอบสนองต่อผู้ร้องเรียนภายใน 15 วัน (ตาม พรบ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535)	ร้อยละ 100	100	100	100	
	3.3	ร้อยละความพึงพอใจของ Care Manager ที่มีต่อกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	ร้อยละ 80	62.70	72.80	80.76	
	3.4	ร้อยละความพึงพอใจของเครือข่ายที่มีต่อผลิตภัณฑ์ของกรมอนามัย(สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)	ร้อยละ 80	75.20	89.20	89.96	
	3.5	ร้อยละความพึงพอใจของสื่อมวลชนต่อกรมอนามัย	ร้อยละ 80	89.00	94.00	88.05	
	4	ตัวชี้วัดด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย					
	4.1	จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง (สะสม)	3,000 ชมรม	502 ชมรม	1,410 ชมรม	4,373 ชมรม	
	4.2	จำนวนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารกรมอนามัยของประชาชนผ่านสื่อสังคมออนไลน์	4.2 ล้าน	1.9 ล้าน	4.1 ล้าน	7.4 ล้าน	
	4.3	ร้อยละของจังหวัดและกรุงเทพฯ ที่มีคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ร้อยละ 77	35	65	77	
	7.3 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร	5	ตัวชี้วัดด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร				
		5.1	ร้อยละตำแหน่งว่างของข้าราชการกรมอนามัย	< ร้อยละ 9	15.67	10.90	8.82
5.2		ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานตอบสนองยุทธศาสตร์กรม	4.4278	4.1658 (n=36 รอบ 2/60)	4.4278 (n=37 รอบ 1/61)	4.6195 (n=37 รอบ 2/61)	
5.3		ร้อยละบุคลากรกรมอนามัยที่มีสมรรถนะที่พึงประสงค์	ร้อยละ 70	83.90	84.44	83.56	
6		ตัวชี้วัดด้านบรรยากาศการทำงาน					
6.1		ร้อยละของบุคลากรกรมอนามัยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ	ร้อยละ 60	52.30	60.60	65.71	

Category /Item	No.	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2561	ข้อมูลย้อนหลังอย่างน้อย 3 จุด**		
				พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
	6.2	ร้อยละบุคลากรกรมอนามัยพึงพอใจกับการจัดเตรียมเครื่องใช้ อุปกรณ์ ที่เพียงพอและเหมาะสมกับการทำงาน	ร้อยละ 70	62.60	66.73	69.65
	7	ตัวชี้วัดด้านการทำให้บุคลากรมีความผูกพัน				
	7.1	ร้อยละบุคลากรกรมฯที่เชื่อมั่นในทิศทางขององค์กร	ร้อยละ 60	59.27	67.49	68.18
	7.2	ร้อยละของบุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร	ร้อยละ 60	68.04	71.30	73.90
	8	ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาผู้นำของส่วนราชการ (ซกรก ปี 59=1935, ปี 60=1856, ปี 61=1864)				
	8.1	ร้อยละของบุคลากรกรมอนามัยที่ได้รับการพัฒนาเป็นผู้นำ การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 25	6.42 (83/1292 คน)	11.42 (142/1243 คน)	28.61 (367/1283 คน)
	8.2	ร้อยละของผู้นำการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมมี สมรรถนะเหมาะสม	ร้อยละ 70	64.04	62.26	73.11
	8.3	ร้อยละการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับการพัฒนาบุคลากร	ร้อยละ 10	12.91	13.57	15.95
7.4 ผลลัพธ์ ด้านการนำ องค์การและ การกำกับ ดูแล	9	ตัวชี้วัดด้านการนำองค์การ				
	9.1	ร้อยละของบุคลากรกรมอนามัยมีความพึงพอใจต่อภาวะการนำ องค์การของผู้บริหารระดับสูงด้านการมีวิสัยทัศน์	ร้อยละ 75	-	73.69	85.00
	9.2	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการปฏิบัติตามวัฒนธรรมองค์การ	ร้อยละ 100	100	100	100
	10	ตัวชี้วัดด้านการกำกับดูแลองค์การ				
	10.1	ร้อยละของหน่วยงานมีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี	ร้อยละ 100	100	100	100
	10.2	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการดำเนินการตามแผนปรับปรุงระบบ การควบคุมภายใน	ร้อยละ 100	100	100	100
	11	ตัวชี้วัดด้านกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับ				
	11.1	ร้อยละของการทบทวน/ปรับปรุงคำสั่งระเบียบ ข้อบังคับ	ร้อยละ 100	100	100	100
	12	ตัวชี้วัดด้านการประพฤติปฏิบัติตามหลักนิติธรรมความโปร่งใส และจริยธรรม				
	12.1	คะแนนการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสใน การดำเนินงานของหน่วยงาน (ITA)	80 คะแนน	77.90	83.71	85.04
	12.2	อัตราส่วนเรื่องความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่เป็น ศูนย์ (0 เรื่อง)	0	0	0	0
	12.3	จำนวนรางวัลคุณธรรมและความโปร่งใสจากการ ประเมินผลโดยองค์กรภายนอก	2	2 (NACC, ITA)	2 (NACC, ITA)	2 (NACC, ITA)
	13	ตัวชี้วัดด้านสังคมและชุมชน				
	13.1	อัตราส่วนโรงเรียนในถิ่นทุรกันดารได้รับการพัฒนาด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ต่อเป้าหมายเพิ่มขึ้น	310 แห่ง	0.39 (120 แห่ง)	1.11 (344 แห่ง)	1.26 (390 แห่ง)
7.5 ผลลัพธ์ ด้าน งบประมาณ การเงิน และการ เติบโต	14	ตัวชี้วัดด้านผลการดำเนินการด้านงบประมาณ และการเงิน				
	14.1	ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	ร้อยละ 96	94.86	97.02	97.91
	14.2	จำนวนเงินงบประมาณโครงการพัฒนาและบริการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน ที่ ได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น (บาท)	-	-	117,922,800	136,752,500
	14.3	จำนวนเงินงบประมาณโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ที่ได้รับการ จัดสรรเพิ่มขึ้น (บาท)	-	-	2,000,000	3,120,000
	14.4	ร้อยละของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน ของส่วนราชการลดลงร้อยละ 10 (เมื่อเทียบกับค่า มาตรฐานในแต่ละปี)	ลดลงร้อยละ 10 ของ มาตรฐาน	7.31	20.89	26.32
	14.5	จำนวนเงินงบประมาณในการดำเนินการ Long Term Care ที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น (ผ่าน สปสช.)	-	600 ล้านบาท	900 ล้านบาท	1,159.20 ล้านบาท
	15	ตัวชี้วัดด้านการเติบโต				
	15.1	จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงงานนวัตกรรมเทคโนโลยี ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	200,000 คน	100,000 คน	150,000 คน	200,000 คน
	15.2	ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการออก	100	95.69	95.75	96.46

Category /Item	No.	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2561	ข้อมูลย้อนหลังอย่างน้อย 3 จุด**		
				พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561
		ข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม				
	15.3	จำนวนผู้เข้ารับการอบรม Care Manager (สะสม)	4,500 (3 ปี)	2,714	4,139	5,599
	15.4	จำนวน Care giver ที่ได้รับการอบรม (สะสม)	18,000 (3ปี)	27,696	22,450	27,234
	15.5	จำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศที่ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน ทันตสุขภาพ	3,500,000 คน	1,656,824	3,001,908	3,420,094
7.6 ผลลัพธ์ด้าน ประสิทธิภาพ ของ กระบวนการ และการ จัดการห่วง โซ่อุปทาน	16	ตัวชี้วัดด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกระบวนการ				
	16.1	ระยะเวลาในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ (วันทำการ)	8	25	8	8
	16.2	ร้อยละของนวัตกรรมที่ได้รับการจัดทรัพยากรปัญหา	ร้อยละ 100 (8 เรื่อง)	63 (5 เรื่อง)	88 (7 เรื่อง)	100 (9 เรื่อง)
	16.3	จำนวนผลงานที่กรมอนามัยได้รับรางวัลคุณภาพจากการประเมินผลขององค์กรภายนอก ได้แก่ PMQA, TPSA, NACC, ITA ประกาศเกียรติคุณด้านปลอดภัยทางละเมิด (ดีเลิศ) และประกาศเกียรติคุณด้านการเบิกจ่าย	7	6	6	9
	16.4	ร้อยละของ อปท.ที่ผ่านการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ระดับพื้นฐานขึ้นไปใน 4 ประเด็นงานหลัก	60	38.10	27.70	62.30
	16.5	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	ร้อยละ 75 (สะสม)	65.38	72.21	78.39
	17	ตัวชี้วัดด้านการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน				
	17.1	ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการอบรมความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและระงับอัคคีภัยและร่วมซ้อมแผนอัคคีภัย	100	100	100	100
	17.2	ร้อยละของหน่วยงานกรมอนามัยมีระบบการตรวจสอบการบุกรุกและตรวจสอบความปลอดภัยของเครือข่ายครอบคลุมทุกโฮสต์ (Host) รวมถึงเส้นทางที่ข้อมูลอาจเดินทาง	ร้อยละ 100	93	100	100
	17.3	ร้อยละของหน่วยงานที่มีคอมพิวเตอร์แม่ข่าย มีแผนและมีการสำรองข้อมูลสารสนเทศ (Back up)	ร้อยละ 100	93	100	100
	18	ตัวชี้วัดด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทาน				
	18.1	ร้อยละของเรื่องอุทธรณ์ตามมาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ที่ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 90 วัน	50	2.70	14.06	65.93
	18.2	ลดระยะเวลากระบวนการจัดทำและอนุมัติแผนการดูแลผู้สูงอายุ Care Plan (จำนวนวัน)	30	60	45	30