



# คำรับรองการปฏิบัติราชการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรมการแพทย์

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565





คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. คำรับรองระหว่าง  
นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ผู้รับคำรับรอง  
และ  
นายสกันต์ บุณนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ทำคำรับรอง
๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญา และใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๔ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ นำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้
๔. ข้าพเจ้า นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ นายสกันต์ บุณนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติราชการ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ นำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การ ให้คะแนนและรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ นายสกันต์ บุณนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้
๕. ข้าพเจ้า นายสกันต์ บุณนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ทำความเข้าใจ คำรับรองตาม ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้
๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรองได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

*NB*  
(นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์)  
รองอธิบดีกรมการแพทย์  
วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔  
ผู้รับคำรับรอง

*[Signature]*  
(นายสกันต์ บุณนาค)  
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔  
ผู้ทำคำรับรอง

*[Signature]*  
(นายสมศักดิ์ อรรฆศิลป์)  
อธิบดีกรมการแพทย์  
วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔



คำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2565	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	1	2	3	4	5	
<b>มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 50)</b>											
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	20	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	10	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	10	4	N/A	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการ และบริการกับเขตสุขภาพ	10	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2565	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	1	2	3	4	5	
<b>มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 20)</b>											
2.1 ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพ กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD)	15	4	N/A	N/A	N/A	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านการพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ผู้ป่วยนอก ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสถานที่และ สิ่งแวดล้อม
2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	5	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2565	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	1	2	3	4	5	
<b>มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)</b>											
3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	5	96	99.80	95.53	90.97	68	72	76	80	84	ภารกิจด้านอำนาจการ
3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน	2	88	100	100	100	64	68	72	76	80	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านอำนาจการ
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน ของหน่วยงาน	3	3	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนาจการ

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2565	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	1	2	3	4	5	
<b>มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 20)</b>											
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	6	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	(6)										
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	2	4	N/A	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	2	4	N/A	N/A	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านอำนวยการ
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	2	4	N/A	N/A	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านอำนวยการ
4.3 Digital Reform (Digital Transformation) กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation	8	N/A	N/A	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ

# สารบัญ

คำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
	หน้า
<b>มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล</b>	
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	2
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	13
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	23
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการ และบริการกับเขตสุขภาพ	30
<b>มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ</b>	
2.1 ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพ กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ : ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD)	35
2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	38
<b>มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ</b>	
3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	41
3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน	44
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	46
<b>มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร</b>	
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	50
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	60
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	63
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	66
4.3 Digital Reform (Digital Transformation) กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation	69
<b>ภาคผนวก</b>	
- แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพ 2565 (ตัวชี้วัดที่ 1.2 องค์กรประกอบ 1)	
- แบบฟอร์มประเมินตนเอง COE ปี 2564 (ตัวชี้วัดที่ 1.2)	
<b>Timeline</b> คำรับรองการปฏิบัติราชการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	

## มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 20

คำอธิบาย :

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล โดยกรมการแพทย์มียุทธศาสตร์ในการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ หน่วยงานต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 5 องค์ประกอบดังนี้

1. การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
2. ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
3. การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
4. โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)
5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

**องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา งานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 เพื่อเป็น แนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการ แพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงาน วิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนา งานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

**คำอธิบาย:**

**งานวิชาการ** หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทาง การแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development)

**ทิศทางการวิชาการ** (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการ ที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็น รูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

**แผนงานวิชาการ** หมายถึง แผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ที่หน่วยงานรับผิดชอบ นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการวิชาการในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า และมีการ ติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางการวิชาการของหน่วยงาน แล้วนำมาหนดศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนางานวิชาการ เช่น โครงการวิจัยเดี่ยว หรือชุดโครงการวิจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีลักษณะบูรณาการ เป็นการวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาการ รวมทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ โครงการพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) โดยงานวิชาการทั้งหมดเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะนำ ผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างชัดเจนตามแผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้น

### ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

1. ทิศทางงานวิชาการเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการผลิตงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ และสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศ
2. หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สามารถผลิตงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือกรณีวิกฤตของประเทศได้ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
3. สนับสนุนการรวมกลุ่มนักวิชาการและทรัพยากรในการดำเนินงานวิชาการ เช่น หน่วยปฏิบัติการวิจัยเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อสร้างทีมวิจัยและความเป็นเลิศทางการวิจัยเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะด้าน
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางสาขาต่างๆ สามารถสร้างผลงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) ที่สามารถนำไปประโยชน์เชิงนโยบายในระดับประเทศได้อย่างเหมาะสม
5. สนับสนุนงานวิชาการที่เป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากผลผลิตงานวิจัย เพื่อขยายผลสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงนโยบายและได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

### สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2205

**องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ
2	กลุ่มงาน / ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน งานวิชาการของบุคลากรในสังกัด (ให้สามารถดำเนินโครงการตามแผนจนเสร็จ)
3	จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) และงานวิชาการอื่น ๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน
4	มีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานวิชาการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงการนำผลงานไปใช้ประโยชน์
5	มีรายงานผลการดำเนินงานของ กลุ่มงาน / ฝ่าย ที่ดูแลงานวิชาการ เพื่อรายงานการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานเป็นรอบ ๆ และประจำปี

**คำอธิบาย:**

**งานวิชาการ** หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development)

**ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ** หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีโครงสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

**ระบบสนับสนุนงานวิชาการ** หมายถึง การพัฒนาบุคลากรด้านงานวิจัย การจัดหาแหล่งทุน การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการวิจัย หรือ ศูนย์วิจัยทางคลินิก การให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ การสนับสนุนและผลักดันการนำผลงานด้านวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม และการส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ การสนับสนุนงานวิจัยสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์ รวมทั้งระบบสร้างแรงจูงใจ

**ระบบติดตามงานวิชาการ** หมายถึง การกำกับ แนะนำ ช่วยเหลือ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการวิชาการโดยกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือศูนย์วิจัยของหน่วยงาน หรือโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงาน หรือกลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

**ระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ** หมายถึง หน่วยงานมีคณะกรรมการจริยธรรมในคน หรือ คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนองานวิชาการของหน่วยงาน และหากหน่วยงานใดไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของหน่วยงาน แต่มีระบบหรือมาตรการในการจัดการคุณภาพงานวิชาการก่อนการดำเนินการ

## ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 2)

1. สามารถวิเคราะห์และติดตามงานวิชาการด้านคุณภาพ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด ผลผลิต และงบประมาณเป็นระยะตามระบบที่กำหนด
2. ผลงานวิชาการผ่านคณะกรรมการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์/คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน เพื่อเสนอของบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่สนับสนุนงบสำหรับดำเนินการวิจัย ซึ่งมีนัยว่าหน่วยงานมีการผลิตงานวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์
3. สนับสนุนการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2205

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอ ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 2 โครงการ) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 3 โครงการ) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ</u>

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนืองที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้  
คำอธิบาย:

ผลงานวิชาการหมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัย นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ

**การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย** หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่มหรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

**การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ** หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัย การดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทยโดยมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

**การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์** หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรคสารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิก เวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้นรวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

### ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนานำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ/หรือหน่วยงานอื่นและ/หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์

#### สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2205

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ  
(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการวิจัยที่ <b>ได้รับงบประมาณ</b> จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2564
2	มีโครงการวิจัยที่ <b>เสนอของบประมาณ</b> สนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2565
3	มีโครงการวิจัยที่ <b>ได้รับงบประมาณ</b> สนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2565
4	โครงการวิจัยที่ <b>ได้รับงบประมาณ</b> จากแหล่งทุนต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2565 <b>มีการดำเนินงานตามแผน</b> อย่างน้อย 1 โครงการ
5	โครงการวิจัยที่ <b>ได้รับงบประมาณ</b> จากแหล่งทุนต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2565 มีการดำเนินงานตามแผน และ <b>รายงานความก้าวหน้าในระบบตามที่แหล่งทุนกำหนด</b> อย่างน้อย 1 โครงการ

คำอธิบาย:

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ หมายถึง แหล่งทุนที่สนับสนุนงบประมาณ / ทุน สำหรับการดำเนินงานโครงการวิจัยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) / สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) / องค์การเภสัชกรรม (GPO) / องค์การอนามัยโลก (WHO) / กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ เป็นต้น **ทั้งนี้ แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ ไม่นับรวมเงินบำรุงของหน่วยงาน**

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2205

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ / หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา)

คำอธิบาย:

วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ หมายถึง วารสารที่มีผลกระทบ (Impact factor) หรือวารสารที่ได้รับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Center, TCI)

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2205

## การคำนวณ

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีคณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน มีแผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของหน่วยงาน ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 1 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ =  $3 \times 0.25 = 0.75$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ มีกลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน และมีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตาม

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 2 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ =  $4 \times 0.25 = 1.00$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการที่นำไปใช้ประโยชน์ และนำเสนอผู้บริหาร และผลงานวิชาการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 3 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ =  $3 \times 0.25 = 0.75$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่างๆ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

หน่วยงาน ก มีโครงการวิจัยที่**ได้รับงบประมาณ**จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย

1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2564 มีโครงการวิจัยที่**เสนอของบประมาณ**สนับสนุนจากทุกแหล่งทุนต่าง ๆ

อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2565 มีโครงการวิจัยที่**ได้รับงบประมาณ**สนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ

อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565 และมีการดำเนินการตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 4 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ =  $4 \times 0.10 = 0.40$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานและหน่วยงานอื่น มีผลงานนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ และได้ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 5 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ =  $4 \times 0.15 = 0.60$  คะแนน

สรุปผลรวมของคะแนนของหน่วยงาน ก.

**ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์**

(น้ำหนัก : ร้อยละ 20) คำนวณจาก

คะแนนองค์ประกอบที่ 1 + คะแนนองค์ประกอบที่ 2 + คะแนนองค์ประกอบที่ 3 + คะแนนองค์ประกอบที่ 4 + คะแนนองค์ประกอบที่ 5 เป็นผลลัพธ์เท่าใด แล้วนำไปเทียบกับตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

### กรณีตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{ผลรวมคะแนนทั้ง 5 องค์ประกอบ} &= 0.75 + 1.00 + 0.75 + 0.40 + 0.60 \\ &= 3.50 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

นำผลรวมของคะแนนที่ได้เทียบตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ (ดังตาราง) เป็นระดับความสำเร็จ

สรุปตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงาน ก ผลรวมของคะแนนทั้ง 5 องค์ประกอบได้เท่ากับ 3.50 คะแนน เทียบความสำเร็จได้ระดับที่ 4

### ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)	ระดับความสำเร็จ
4.01 – 5.00	5
3.01 – 4.00	4
2.01 – 3.00	3
1.01 – 2.00	2
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00	1

### หมายเหตุ :

- การปิดทศนิยมตามหลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์
- อาจมีการปรับน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบในปีต่อไปเพื่อความเหมาะสมในการพัฒนาความก้าวหน้า และผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

### แนวทางการประเมินผล :

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1 / 2565 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2 / 2565 ระดับคะแนน 5

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
2. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

## ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์หมายถึง โรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์กรมการแพทย์ ที่ดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence) ให้ครอบคลุม 7 องค์ประกอบ คือ

1. การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care)
2. การรับส่งต่อ (Referral)
3. การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment)
4. การพัฒนาบุคลากร (Training)
5. การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference)
6. การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy)
7. การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)

การพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ เน้นพัฒนาทั้ง 15 ด้าน คือ

- ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
- ด้านจักษุวิทยา
- ด้านโสต ศอ นาสิก
- ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก
- ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร
- ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
- ด้านทันตกรรม
- ด้านระบบประสาท
- ด้านพยาธิวิทยา
- ด้านโรคมะเร็ง
- ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด
- ด้านโรคทรวงอก
- ด้านโรคผิวหนัง
- ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- ด้านโรคเด็ก

เพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์ระดับชาติ (National Institutes) ต่อไป ซึ่งการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะต้องดำเนินการพัฒนา และประเมินทุกองค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา และยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้มีความสมบูรณ์ทัดเทียมระดับสากล ดังนั้นระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความท้าทายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุม 7 องค์ประกอบภายใน 3 ปี

สำหรับหน่วยงานที่มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์นอกเหนือจากบทบาทหลักตามกฎกระทรวง ฯ ทั้ง 15 ด้าน แล้วหากต้องการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ สามารถทำข้อตกลงโดยกำหนด ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ต้องการดำเนินการเพิ่มเติมได้ เพื่อประเมิน วัตถุประสงค์ภาพ และเป็นโอกาสในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

**ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ**

ระดับความสำเร็จ	ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	1	1
2	1.01 - 1.50	1.01 - 2.00
3	1.51 - 2.00	2.01 - 3.00
4	2.01 - 2.50	3.01 - 4.00
5	2.51 - 3.00 ขึ้นไป	4.01 - 5.00

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 7 องค์ประกอบดังนี้

1. การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care)	น้ำหนักร้อยละ 15
2. การรับส่งต่อ (Referral)	น้ำหนักร้อยละ 5
3. การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment)	น้ำหนักร้อยละ 15
4. การพัฒนาบุคลากร (Training)	น้ำหนักร้อยละ 15
5. การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference)	น้ำหนักร้อยละ 20
6. การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy)	น้ำหนักร้อยละ 20
7. การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)	น้ำหนักร้อยละ 10

**องค์ประกอบที่ 1 การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care)**

การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) ต้องสามารถให้การรักษาโรคที่มีอาการยุ่งยากซับซ้อนในระดับตติยภูมิหรือสูงกว่า เป็นการรักษาตามมาตรฐานแนวทางที่ถูกต้อง นำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพิจารณาใช้ในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้มีความชำนาญ เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่องในการใช้เทคโนโลยีวัดผลการให้บริการทางการแพทย์ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพทั้งเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 1 การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : ให้นำหนักร้อยละ 15

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 1
1	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 3 ตัวชี้วัด
2	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 4 ตัวชี้วัด
3	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 5 ตัวชี้วัด
4	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 6 ตัวชี้วัด
5	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 7 ตัวชี้วัด (โดยเพิ่มตัวชี้วัดด้าน Outcome)

หมายเหตุ :

1. การคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ (ตัวชี้วัดเชิง Process, Outcome และ Patient Safety) 6 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- 1.1 ตัวชี้วัดเชิง Process จำนวน 2 ตัวชี้วัด
- 1.2 ตัวชี้วัดเชิง Outcomes จำนวน 2 ตัวชี้วัดหรือมากกว่า
- 1.3 ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ตามแบบฟอร์ม (แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2565 ดาวน์โหลดได้ที่ <https://qrqo.page.link/cGTGa> หรือ QR code ด้านล่าง) ส่งกองวิชาการแพทย์ที่ [policydms@gmail.com](mailto:policydms@gmail.com) ภายในวันที่ 31 มกราคม 2565 ซึ่งการประเมิน รอบ 12 เดือน ต้องเป็นตัวชี้วัดตามแบบฟอร์มนี้เท่านั้น

- 2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน
- 3. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน และผลลัพธ์การดำเนินการให้ชัดเจนด้วย
- 4. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน
- 5. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน



ด าว

โหลดแบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพ

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1330, 2207
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ

## องค์ประกอบที่ 2 การรับส่งต่อ (Referral)

การรับส่งต่อ (Referral) สามารถรองรับการส่งต่อในโรคหรือภาวะที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ไม่สามารถให้การรักษาได้โดยมีการวิเคราะห์สาเหตุของการรับส่งต่อ มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้สามารถรับส่งต่อ (refer in) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งกลับ (refer back) ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาลงให้กลับไปรักษาในโรงพยาบาลเดิมที่ส่งมาควรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการวางแผน การจัดการระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 2 การรับส่งต่อ : น้ำหนักร้อยละ 5

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 2
1	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ไม่เกินร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
2	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 65 แต่ไม่เกินร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
3	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 75 แต่ไม่เกินร้อยละ 85 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
4	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 85 แต่ไม่เกินร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
5	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ร้อยละ 95 ขึ้นไป ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา

หมายเหตุ :

โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

- สรุปผลจำนวนผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนจากหน่วยงานอื่นที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก เข้ามารับการรักษาหรือวินิจฉัย เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2602

### องค์ประกอบที่ 3 การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment)

การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment) เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบสาเหตุ ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำผลการวิจัยพัฒนามากำหนดรูปแบบในการจัดบริการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม สามารถกำหนดเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา การลดค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ตลอดจนการบูรณาการโครงการวิจัยชุดให้มีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นงานวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ปัญหาด้านการแพทย์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อไป

#### เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 3 การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 15

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 3
1	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อนำมาจัดทำแผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ตามบริบทของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
2	จัดทำแผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ในข้อ 1
3	มีการจัดทำโครงการตามแผนงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
4	ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1) หรือวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศที่มี Impact factor
5	ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือเป็นต้นแบบการพัฒนาระบบสุขภาพ ในเขตบริการสุขภาพ หรือพื้นที่เป้าหมาย

#### หมายเหตุ :

1. แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการทางวิชาการ ในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า
2. ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) ใช้ผลงานย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี
3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2605

## องค์ประกอบที่ 4 การพัฒนาบุคลากร (Training)

การพัฒนาบุคลากร (Training) หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ทักษะ แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพื่อสร้างให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐาน รองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่4การพัฒนาบุคลากร : น้ำหนักร้อยละ 15

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักสูตร Training ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
2	มีการประเมินผลหลักสูตร Training ต่อเนื่องทุกปี
3	มีการจัดหลักสูตร Training ต่อเนื่องเป็นประจำอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน
4	มี International training program ที่เป็นความร่วมมือกับต่างประเทศ
5	มี International training program ที่รับ International students หรือส่ง students ไปต่างประเทศ

หมายเหตุ :

1. หลักสูตร Training คือ หลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ เช่น แพทย์ประจำบ้าน การพยาบาล เฉพาะทาง สหวิชาชีพ ที่สถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะเฉพาะทางและหลักสูตรนั้นต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นหลักสูตรที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง

2. เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ข้อกำหนด ข้อบังคับ เงื่อนไข ที่เกี่ยวกับหลักสูตรเพื่อรับรองคุณภาพการฝึกอบรม โดยสภาวิชาชีพทางการแพทย์ ทางการพยาบาล สหวิชาชีพ เช่น แพทย์สภา ราชวิทยาลัย สภาการพยาบาล สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น

3. International training program คือ หลักสูตรการฝึกอบรมนานาชาติที่เป็นความร่วมมือกับต่างประเทศ โดยในหลักสูตรมีการรับ student จากต่างประเทศ และหรือส่ง student ไปฝึกอบรมที่ต่างประเทศ

4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานศัลยศาสตร์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2302
หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1330
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2625

## องค์ประกอบที่ 5 การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference)

การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference) เป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล ด้านสถานการณ์ ด้านวิชาการ โดยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่พบ ความสูญเสียด้านชีวิตและทรัพย์สิน ทรัพยากร เครื่องมือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำมาประมวลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปกำหนดเป็นนโยบาย และการบริหารจัดการที่เหมาะสม มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่น รวมถึงบุคลากรเป็นที่ยอมรับอ้างอิง ได้รับเชิญเป็นคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ มีผลงานวิชาการถูกนำไปใช้ประโยชน์

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 5 การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 5
1	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับหน่วยงาน
2	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกรมการแพทย์
3	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกระทรวงสาธารณสุข
4	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับนอกกระทรวงสาธารณสุข
5	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับต่างประเทศ

หมายเหตุ :

1. มีการสำรวจข้อมูลภาระโรค กลุ่มอาการที่สำคัญ จะต้องเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
2. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาค สามารถร่วมดำเนินและใช้ข้อมูลเดียวกัน และมีรายงานการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน
3. โปรตระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

### องค์ประกอบที่ 6 การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy)

การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย(National Body and Policy Advocacy) มีการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้เป็นสถาบันระดับชาติ สามารถพัฒนาให้เป็นแหล่งอ้างอิงและสามารถผลักดันให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในระดับประเทศหรือระดับที่สูงขึ้นเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในระดับสูงต่อประชาชนจำนวนมาก

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 6 การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย :  
น้ำหนักร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 6
1	มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับหน่วยงานที่ผ่านความเป็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ
2	มีการประชุมคณะกรรมการฯ และสรุปผลการวิเคราะห์ประเด็นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย
3	จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายตาม CoE
4	นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายให้กรมพิจารณา
5	ข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการนำเสนอและนำไปปฏิบัติในระดับประเทศ

หมายเหตุ :

- หัวข้อในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
- ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องผ่านกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หรือคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ หรือวิจัยประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

### องค์ประกอบที่ 7 การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)

การมีเครือข่ายวิชาการ (Network) การพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดนั้นจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องสร้างเครือข่ายทางวิชาการเพื่อการยกระดับการพัฒนาวิชาการแพทย์ในทุกะดับทั้งในและต่างประเทศ เพื่อความครอบคลุมในการขยายการพัฒนา

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 7 การมีเครือข่ายวิชาการ : น้ำหนักร้อยละ 10

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 7
1	มีคณะกรรมการเครือข่ายวิชาการ (Network) ทางการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร)
2	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์
3	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุข
4	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข
5	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ

หมายเหตุ : โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง TCI ที่ <https://tci-thailand.org/list%20journal.php>

แนวทางการประเมินผล :

- ระยะเวลา / ความถี่รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ทุก 6 เดือน ส่งกองวิชาการแพทย์
- ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์ สังกัดกรมการแพทย์
- หลักฐานแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ปี 2563 – 2564 (ดาวน์โหลดได้ที่ <https://qr.go.page.link/FLWse> หรือ QR code)
- หลักฐานข้อมูลอ้างอิงอย่างชัดเจนทุกองค์ประกอบ



แนวทางการประเมินผล :

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 3
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	ระดับความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
2. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
3. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพยาบาล
4. ข้อมูลจากภารกิจด้านอำนวยการ

**ตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์**

**หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ

**น้ำหนัก :** ร้อยละ 10

**คำอธิบาย :**

**การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์** หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการ การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากรตลอดจนกลยุทธ์และเครื่องมืออย่างเป็นระบบที่สามารถดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

**การประดิษฐ์ (Invention)** หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับลักษณะองค์ประกอบ โครงสร้างหรือกลไกของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งกรรมวิธี กระบวนการในการผลิต การรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น หรือทำให้เกิดผลิตภัณฑ์/บริการขึ้นใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยารักษาโรค วิธีการในการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

**นวัตกรรมทางการแพทย์** หมายถึง ผลิตภัณฑ์ สิ่งประดิษฐ์ บริการ กรรมวิธีที่เกี่ยวกับการยกระดับ การรักษา การวินิจฉัย การเรียนรู้ การป้องกันที่มีคุณภาพและปลอดภัยทางการแพทย์ ทั้งที่เป็นสิ่งใหม่หรือพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งในเชิงสาธารณสุขและเชิงพาณิชย์ได้ โดยจำแนกประเภทนวัตกรรมไว้ 3 ประเภท ดังนี้

1. นวัตกรรมที่ตอบสนองนโยบาย (Policy related Innovation) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายกรมการแพทย์ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน

2. นวัตกรรมบริการ (Innovation for service) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริการด้านการแพทย์แบบเดิม หรือเพิ่มประสิทธิภาพความปลอดภัย ให้กับระบบสุขภาพ หรือการบริการด้านการแพทย์แบบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (Equity)

3. นวัตกรรมแห่งอนาคต (Innovation of the future) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ลดอุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลรักษา ก่อให้เกิดความคล่องตัว รวดเร็ว และแม่นยำอย่างครบวงจร สามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ โดยใช้เทคโนโลยีที่ล้ำสมัย

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	1	0.00 – 1.00
2	1.01 – 1.50	1.01 – 2.00
3	1.51 – 2.00	2.01 – 3.00
4	2.01 – 2.50	3.01 – 4.00
5	2.51 – 3.00 ขึ้นไป	4.01 – 5.00

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 3 องค์ประกอบดังนี้

1. โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)	น้ำหนักร้อยละ 20
2. การพัฒนานวัตกรรม (Development)	น้ำหนักร้อยละ 50
3. การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement)	น้ำหนักร้อยละ 30

องค์ประกอบ 1 : โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)

น้ำหนัก : ร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีโครงสร้าง และการดำเนินงาน ในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	- คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา/จัดการ นวัตกรรมทางการแพทย์ - หน่วยงานย่อยที่ได้รับมอบหมายให้ รับผิดชอบงานนวัตกรรมทางการแพทย์
2	หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ 2565	- แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์ประจำปี งบประมาณ 2565
3	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา(Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อหา แนวทางแก้ไข	- ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ
4	หน่วยงานมีกรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทาง การแพทย์	- conceptual framework
5	หน่วยงานมีฐานข้อมูลนวัตกรรมทางการแพทย์	- ฐานข้อมูลนวัตกรรมทางการแพทย์

หมายเหตุ : ต้องดำเนินการครบทุกข้อตามลำดับ

### ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 1 คือ

1. โครงสร้างและการดำเนินงานของหน่วยงาน หมายถึง การมีโครงสร้างคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงานให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การสร้างบรรยากาศ เพื่อเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสเสนอความคิดสร้างสรรค์ทางการแพทย์ อาจเป็นในรูปแบบการมีคลินิกนวัตกรรมรับฟังปัญหา จัดหาเวทีนำเสนอนวัตกรรม จัดกลุ่มเพิ่มเติมความรู้ หาแนวทางการช่วยเหลือ การสร้างแรงจูงใจ การมอบรางวัล ยกย่องชมเชยบุคลากรที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อเป็นกำลังใจในการพัฒนา

2. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หมายถึง แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่หน่วยงานจัดทำขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการกระบวนการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่หรือนำของเดิมมาพัฒนาต่อยอดให้ดีขึ้นมีการของบประมาณหรือมีการเตรียมการไว้สำหรับดำเนินการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ หรือแผนพัฒนาหน่วยงานในด้านนวัตกรรมโดยเฉพาะ

3. การวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) หมายถึงการวิเคราะห์ช่องว่าง/ที่มาของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

4. กรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์หมายถึงการกำหนดขอบเขตของการสร้างนวัตกรรม ประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเครื่องมือ รูปแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ฐานข้อมูลนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง ฐานข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงานที่เป็นปัจจุบันสามารถติดตามความก้าวหน้าการพัฒนานวัตกรรมได้

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

องค์ประกอบ 2 : การพัฒนานวัตกรรม (Development) หน้าที่ : ร้อยละ 50

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	นวัตกรรมในหน่วยงานมีการพัฒนายกระดับศักยภาพ	- แผนการพัฒนาบุคลากร - ผลลัพธ์และผลผลิตที่ได้ - ใบรับรองเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ - หนังสือเชิญ/แบบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม
2	บุคลากรมีแนวคิดในการสร้าง/พัฒนาชิ้นงานนวัตกรรม	- concept paper
3	มีแผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan)	- Action plan
4	หน่วยงานมีต้นแบบชิ้นงานนวัตกรรม (Prototype) ที่เกิดจากแผนงาน/โครงการประจำปี หรือที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี)	- รายละเอียดนวัตกรรม (proposal) พร้อมแผนงาน/โครงการประจำปี
5	มีการสรุปรายงานการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์	- รายงานฉบับสมบูรณ์ (full paper)

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 2 คือ

1. การพัฒนายกระดับศักยภาพนวัตกรรม หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ แนวคิดใหม่รวมถึงฝึกฝนการใช้เครื่องมือวิธีการเพื่อพัฒนานวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

2. concept paper หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงแนวทางการพัฒนานวัตกรรมอย่างย่อหรือโครงการฉบับย่อ ประกอบด้วย หัวข้อโครงการ ผู้พัฒนานวัตกรรม (นวัตกร) ที่มาและความสำคัญวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับนิยามศัพท์เฉพาะ และวิธีดำเนินการพัฒนานวัตกรรม

3. แผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) หมายถึง แผนการดำเนินงานในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของหน่วยงาน

4. ต้นแบบนวัตกรรม (Prototype) หมายถึง การนำนวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการประดิษฐ์ คิดค้น พัฒนาจนได้เป็นชิ้นงานนวัตกรรมนำมาทดลองใช้ ปรับปรุงและหรือวิจัยชิ้นงาน โดยผ่านคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงาน และหรือได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการใช้ในคน (EC)(สำหรับนวัตกรรมที่นำมาใช้ในคน) อย่างเป็นทางการ ก่อนนำมาทดลองวิจัยในแผนกของหน่วยงานต้นสังกัด และนำผลการทดลองการวิจัยมาพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นจนเกิดเป็นต้นแบบนวัตกรรมที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้

5. Proposal หมายถึง รายละเอียดต่างๆที่เกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์ สมมติฐาน ความสำคัญและที่มาของปัญหา รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย ข้อจำกัด ผลที่คาดว่าจะได้รับ และตารางปฏิบัติงาน

6. รายงานฉบับสมบูรณ์ (full paper) หมายถึง การสรุปรายงานเพื่อแสดงรายละเอียดของการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมและผลของการดำเนินการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

### องค์ประกอบ 3 : การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) : นำหนักร้อยละ 30

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน	- หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน
2	หน่วยงานนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและหรือภายนอกหน่วยงาน หรือสาธารณะ	- หลักฐานเชิงประจักษ์ การเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ
3	หน่วยงานมีการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น	- หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการถ่ายทอดที่แสดงการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น
4	มีกระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา	- เลขที่คำขอการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา และ/หรือเอกสารที่แสดงว่าอยู่ในกระบวนการขอจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา
5	มีเครือข่ายการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม สามารถนำไปใช้เชิงสาธารณะ และหรือเชิงพาณิชย์	- ข้อเสนอในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม / รายชื่อหน่วยงาน องค์กรที่ร่วมพัฒนา และหรือสัญญาความร่วมมือ และหรือข้อตกลงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม

#### ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 3 คือ

1. หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานประกาศนวัตกรรมการแพทย์ขึ้นนั้นมาใช้ในหน่วยงาน รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
2. หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานอื่นขอนำนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้ประโยชน์รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
3. การจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การมีแผนการดำเนินการและข้อเสนอในการพัฒนาต่อยอดสู่การจับคู่เจรจา ซึ่งเป็นกระบวนการตั้งแต่ 2 หน่วยงาน ทำการเจรจาเพื่อพัฒนานวัตกรรมให้ได้มาตรฐานหรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม และสามารถยืดหยุ่นได้ซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ของหรือบริการทางการแพทย์ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามหาข้อยุติต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพ
4. กระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หมายถึง การเขียนหนังสือคำร้องขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์ โดยส่งผ่านกรมการแพทย์ให้ดำเนินการ และหรือได้รับเลขคำขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา
5. การนำไปใช้เชิงสาธารณะ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถเป็นต้นแบบนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษา วินิจฉัยทางการแพทย์ หรือฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นในประเทศหรือต่างประเทศได้อย่างแพร่หลาย
6. การนำไปใช้เชิงพาณิชย์ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถนำไปเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดรายได้ต่อหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกรมการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

แนวทางการประเมินผล :

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 3
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	ระดับความสำเร็จ	N/A	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
2. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
3. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพยาบาล

**ตัวชี้วัดที่ 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ**

**หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ

**น้ำหนัก :** ร้อยละ 10

**คำอธิบาย :**

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการ มีบทบาทภารกิจในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการในทุกภาคส่วน และสนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทศตวรรษตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เสริมสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการทางสาธารณสุขในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด จากการดำเนินการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่ผ่านมาพบว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชน และยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้เล็งเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Big Rock) ในเขตสุขภาพเพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ คล่องตัว และสามารถปรับระบบบริการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญในการกระจายอำนาจให้กับเขตสุขภาพ และกำหนดพื้นที่เป้าหมายนำร่อง การปฏิรูปในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 ในการขับเคลื่อนและดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูปฯ ให้มีความเชื่อมโยงกัน กรมการแพทย์ได้มุ่งเน้นสนับสนุนการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ด้านต่างๆ

**คำนิยาม :**

**เขตสุขภาพ** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการดำเนินงานมุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

**โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์** หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคที่มีการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทางด้านต่างๆ จำนวน 32 แห่ง

**ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ** หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอด

องค์ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ เป็นต้น

**การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข**หมายถึง การดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมีกิจกรรมหลักในแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้เสี่ยงโรคและผู้สูงอายุ ได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันสมัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ พร้อมทั้งผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองและได้รับการบริหารและรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพที่บ้านและในชุมชน โดยกำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนจะเน้นโดย การขับเคลื่อนการดำเนินงาน/โครงการภายใต้กิจกรรม Big Rock เพื่อเป็นกรอบการขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

**กิจกรรม Big rock**ตามแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) 5 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขรวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ เช่น การพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้าน EIDs, แผน BCP : Resilience to COVID-19) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย 3) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหารการ รักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม 4) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรมทั่วถึง เพียงพอ และยั่งยืนด้านการเงินการคลัง และ 5) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ

### เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพพร้อมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามบทบาทภารกิจ ที่สอดคล้องกับกิจกรรม Big Rock หรือการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service plan) สาขาต่างๆ อย่างน้อย 1 ด้าน
2	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมีการวิเคราะห์ส่วนขาด (gap) ของระบบสุขภาพตามบทบาทภารกิจ โดยใช้กรอบแนวคิด Six -building blocks plus
3	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับกิจกรรม Big Rock ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service plan) สาขาที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์
4	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ ที่สอดคล้องกับ Big Rock ในเขตสุขภาพนำร่องตามแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนากระบวนการสุขภาพ (Service plan) แก่เขตสุขภาพ
5	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

หมายเหตุ:โรงพยาบาลในพื้นที่เป้าหมายนำร่องการปฏิรูปในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 จำเป็นต้องดำเนินกิจกรรม Big Rock ในแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง)

#### แนวทางการประเมินผล

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2565 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2565 ระดับคะแนน 5

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพ ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุขตามบทบาทภารกิจ ที่ สอดคล้องกับกิจกรรม Big Rock หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาต่างๆ อย่างน้อย 1 ด้าน	1.เอกสารการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพและการกระจายทรัพยากร ต่างๆ 2.เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลตามบทบาท ภารกิจโรงพยาบาล/สถาบันสังกัด กรมการแพทย์
2	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมีการวิเคราะห์ส่วนขาด (gap) ของระบบสุขภาพ ตามบทบาทภารกิจโดยใช้กรอบแนวคิด Six - Building blocks plus	ข้อมูลการวิเคราะห์ส่วนขาด (gap) ระบบ สุขภาพที่พึงประสงค์ตามกรอบแนวคิด Six -Building blocks plus
3	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับ กิจกรรม Big Rockตามแผนปฏิรูปประเทศด้าน สาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาที่ สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์	แผนงาน/โครงการที่ได้รับการสนับสนุน จากกรมการแพทย์
4	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการสนับสนุน ด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการ แพทย์ ที่สอดคล้องกับ Big Rock ในเขตสุขภาพ นำร่องตามแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan)แก่เขตสุขภาพ	กิจกรรมการสนับสนุนด้านวิชาการและ/ หรือบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์
5	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค	รายงานสรุปผลการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค

รายละเอียดดำเนินการ กรณีที่ 2 หน่วยงานเฉพาะทางที่ดูแลรับผิดชอบ COE / Service plan และไม่เป็น  
สำนักการแพทย์เขต ฯ

**กรอบแนวคิด Six -Building blocks plus**

Six -Building blocks plus	Gap	Plan
1. ระบบบริการ (Service delivery)		
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)		
3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)		
4. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to essential medicines)		
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health information system)		
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/government)		
7. การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง (Stakeholder participation)		

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้าน วิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

- ข้อมูลจากคณะกรรมการ Service Plan
- ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

## มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ

### ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพการให้บริการ

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 15

คำอธิบาย :

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการดำเนินงานมุ่งเน้น 9 เรื่องประกอบด้วย 1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง 2. เศรษฐกิจสุขภาพ 3. สมุนไพรกัญชา กัญชง 4. สุขภาพดีวิถีใหม่ 5. COVID-19 6. ระบบบริการก้าวหน้า 7. ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 8. ธรรมภิบาล และ 9. องค์กรแห่งความสุข โดยนโยบายระบบบริการก้าวหน้า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเน้นให้มี “การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐให้สาธารณสุขไทย เป็นเรื่องง่าย สะดวกเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว” สอดคล้องกับเข็มมุ่งปี 2565 ของกรมการแพทย์ ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)” จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงานทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลาารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

**Smart Hospital** หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม “Smart OPD: ทันสมัย สะดวก รอไม่นาน”

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ประเมินตนเองตามเกณฑ์ Smart OPD
2	วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนาและจัดทำแผนพัฒนาตามบริบทของหน่วยงาน
3	ดำเนินการตามแผนพัฒนาบริการ
4	มีการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมการแพทย์ (ในระหว่างวันที่ 1- 31 ก.ค. 65)
5	จัดทำรายงานสรุปผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการฯ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาตามผลการสำรวจ

**คำอธิบายแนวทางการประเมิน :**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	ประเมินตนเองตามเกณฑ์ Smart OPD	ผลการประเมินตนเอง : แบบประเมินเกณฑ์ Smart OPD หน่วยงานบริการสังกัด กรมการแพทย์
2	วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนาและจัดทำแผนพัฒนาตามบริบทของหน่วยงาน	แผนการพัฒนาศูนย์บริการ
3	ดำเนินการตามแผนพัฒนาศูนย์บริการ	รายงานผลการดำเนินงานตามแผน
4	มีการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมการแพทย์ (ในระหว่างวันที่ 1- 31 ก.ค 65)	แนบ Link หรือ QR code แบบสอบถามที่เผยแพร่ให้ผู้รับบริการตอบ (โดยกลุ่มพัฒนาระบบบริหารจะส่งรายละเอียดคำถามให้หน่วยงานทราบในภายหลัง)
5	จัดทำรายงานสรุปผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการฯ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาตามผลการสำรวจ	สรุปผลสำรวจการรับรู้ฯ ในรูปแบบ PDF (แสดงรายละเอียด เช่น ข้อมูลทั่วไป, จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจฯ, ข้อมูลเชิงสถิติ)

**แนวทางการประเมินผล :**

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2565 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2565 ระดับคะแนน 5

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
2.1 ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพการให้บริการกรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD)	ระดับความสำเร็จ	N/A	N/A	N/A

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

1. การกิจด้านการพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการแพทย์ผู้ป่วยนอก	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2302
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2605

**แบบประเมินเกณฑ์ Smart OPD หน่วยงานบริการสังกัดกรมการแพทย์**  
**ชื่อหน่วยงาน.....**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ( ) เมื่อประเมินการดำเนินงานเป็นไปตามข้อกำหนด

เกณฑ์ Smart OPD		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.	สถานที่สะอาด สวยงาม ปลอดภัย ( ) 1.1 โรงพยาบาลผ่าน Green and Clean ระดับมาตรฐานกรมอนามัย /Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) ( ) 1.2 มีการจัดสถานที่ให้ดูทันสมัย สะอาด สวยงาม และเพียงพอต่อการให้บริการ ( ) 1.3 มีระบบปรับอากาศ และระบบหมุนเวียนอากาศ อากาศถ่ายเทสะดวก ถูกต้องตามหลักการควบคุมสภาวะการแพร่เชื้อทางอากาศ	3	
2.	การจัดสถานที่ดูมีความทันสมัย (Digital Look) : ระบบจัดการคิว ( ) 2.1 มีระบบนัดคิวออนไลน์ ที่สามารถนัดหมายแบบเหลือมเวลาในการรับบริการ ( ) 2.2 มีจอแสดงลำดับคิวรับบริการเพื่อลดแออัดบริเวณจุดบริการ เช่น จุดรอพบแพทย์, หน้าห้องจ่ายยา เป็นต้น ( ) 2.3 มีระบบแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านช่องทางออนไลน์ หรือช่องทางอื่น ๆ เช่น App., Mobile App., SMS เป็นต้น ( ) 2.4 มีการนัดหมายผู้รับบริการครั้งต่อไปแบบเหลือมเวลา	4	
3.	การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) ( ) 3.1 มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาที่ครบถ้วน ถูกต้องในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยบริการ	1	
4.	ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนหรือเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ ( ) 4.1 มีการใช้ระบบ Smart Health ID ในการบริการผู้ป่วยนอก	1	
5.	การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ( ) 5.1 มีการคีย์สั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในระบบทุกคลินิกของหน่วยบริการ	1	
6.	ข้อมูลระยะเวลาารอคอย ( ) 6.1 มีข้อมูลระยะเวลาบริการผู้ป่วยนอกทุกคลินิกบริการ	1	
7.	การชำระค่าบริการ ยา หรือหัตถการอื่นๆ ด้วยระบบออนไลน์ ( ) 7.1 มีระบบรองรับการชำระค่าบริการ ยา หรือหัตถการอื่นๆ ด้วยระบบออนไลน์ เช่น การ scan QR code หรือ Internet Banking หรืออื่น ๆ	1	
<b>คะแนนที่ได้</b>		<b>12</b>	

**ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)**

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กรมการแพทย์

คำนิยาม:

1. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) คือเครื่องมือการประเมินการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงาน ซึ่งเป็นการประเมินเชิงบวกและเป็นมาตรการป้องกันการทุจริตโดยการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานทุกประเภท ตำแหน่ง ระดับ ที่ทำงานให้กับหน่วยงานมาเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่มารับบริการหรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

4. แบบวัดการรับรู้ หมายถึง แบบที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกทางระบบออนไลน์ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) ตามระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม
2	หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม เข้าร่วมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
3	หน่วยงานจัดให้ผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการอธิบายหรือถ่ายทอดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) เข้าใจในข้อคำถามการตอบแบบวัดการรับรู้ IIT และ EIT
4	4.1 หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด 4.2 หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2566

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ขั้นตอน/ ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	หลักฐาน	ระยะเวลา ดำเนินการ
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม	ตรวจสอบจากการส่งรายชื่อจาก Google Form	17 ธ.ค. 64
2	หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	ตรวจสอบจากการเข้าประชุมผ่านระบบ Teleconference	21 ธ.ค. 64
3	หน่วยงานจัดให้ผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการอธิบายหรือถ่ายทอดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) เข้าใจในข้อคำถามการตอบแบบวัดการรับรู้ IIT และ EIT	สรุปการจัดกิจกรรม ได้แก่ จำนวนผู้เข้าฟัง ผลการประเมินจากการทดลองทำแบบประเมินส่งทาง e-mail : <a href="mailto:law.dms@dms.mail.go.th">law.dms@dms.mail.go.th</a>	ธ.ค. – มี.ค. 65
4	4.1 หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด  4.2 หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	4.1 ตรวจสอบการส่งรายชื่อตามแบบที่ ป.ป.ช. กำหนดทาง e-mail : <a href="mailto:law.dms@dms.mail.go.th">law.dms@dms.mail.go.th</a>  4.2 จำนวนผู้ตอบแบบวัดการรับรู้ภาพรวมกรมการแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	- ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด (31 ม.ค. 65)  - ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด (มี.ค.-พ.ค. 65)
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานพร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2566	สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ ส่งทาง e-mail : <a href="mailto:law.dms@dms.mail.go.th">law.dms@dms.mail.go.th</a>	ส.ค. 2565

**แนวทางการประเมินผล :**

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2565 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2565 ระดับคะแนน 5

ทั้งนี้ หน่วยงานต้องดำเนินงานตามขั้นตอนเรียงตามระดับ หากมิได้ดำเนินการตามขั้นตอน / ระดับใด จะได้รับคะแนนตามจำนวนขั้นตอน / ระดับที่ได้ดำเนินการเท่านั้น

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	ระดับความสำเร็จ	5	5	5

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

1. คณะกรรมการดำเนินงานด้านคุณธรรมจริยธรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. การกิจด้านอำนวยการ

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1517, 1518

### มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานจากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงินการคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือมิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณการลงบัญชี และมีการตรวจสอบโดยหน่วยงานตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่าย} + \text{PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2565	68	72	76	80	84

**หมายเหตุ**

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 84 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายกรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ในระบบ GFMS

**คำอธิบายแนวทางการประเมิน :**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	68%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
2	72%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
3	76%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
4	80%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
5	84%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS

**แนวทางการประเมินผล**

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ -
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	ร้อยละ	99.80	95.53	90.97

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

ข้อมูลการติดตามประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี จากกลุ่มงานการเงินและบัญชี

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

### ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS)

การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำปีไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำปี) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณด้วย

รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายเงินคืนให้รัฐบาลและผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงานตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงานงบประมาณกำหนดให้

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่าย} + \text{PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ} + \text{โอนเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2565	64	68	72	76	80

หมายเหตุ:

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 80 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามกรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่องหนี้และการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ในระบบ GFMS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	64%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
2	68%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
3	72%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
4	76%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS
5	80%	เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS

แนวทางการประเมินผล

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ -
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	ร้อยละ	100	100	100

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จากกลุ่มงานการเงินและบัญชี

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

**ตัวชี้วัดที่ 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน**

**หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ

**น้ำหนัก :** ร้อยละ 3

**คำอธิบาย :**

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมแต่ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญ ที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงาน อย่างมีประสิทธิภาพ และประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินการลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 10% เพื่อเป็นตัวช่วยให้กับภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยลดรายจ่ายของประเทศโดยลดการนำเข้าน้ำมันจากต่างประเทศ

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> อย่างชัดเจน
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน6เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วน 6 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565 ) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน มี.ค. 2565 – ก.ค. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2564 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> ( เดือน มี.ค. 2565 – ก.ค. 2564 ) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี

หมายเหตุ : กรณีหน่วยงานในอาคารกรมการแพทย์ ให้ใช้ฐานข้อมูลของกองบริหารการคลังในการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> อย่างชัดเจน	- เอกสารการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image )
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>	- เอกสารการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image )
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 6 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก	- เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image )
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วน 6 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565 ) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก	- เอกสารการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565 ) (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image )
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน มี.ค. 2565-ก.ค. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	- เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image )
	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2564 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> ( เดือน มี.ค. 2565-ก.ค. 2564 ) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	- เอกสารการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า และ ข้อมูลปริมาณพลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วนในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน มี.ค. 2565 – ก.ค. 2565) (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image )

### แนวทางการประเมินผล

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 4
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตาม มาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. งานซ่อมบำรุงรักษา รวบรวมปริมาณการใช้ไฟฟ้าจากใบแจ้งหนี้ค่าไฟฟ้า
2. งานเคหะบริการ บันทึกปริมาณการเปิดใช้น้ำมันเชื้อเพลิง
3. คณะกรรมการประหยัดพลังงาน

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1503
คณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1312
นายสุรพันธ์ กาสุนันท์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2925

## มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร

### ตัวชี้วัดที่ 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 6

คำอธิบาย :

การบริหารยุทธศาสตร์ คือ การบริหารจัดการองค์กรที่ช่วยให้ตระหนักถึงความสามารถขององค์กรทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบการทำงานและผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นการออกแบบกระบวนการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานให้มีความคล่องตัว มีความไวในการสนองตอบต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีทิศทางที่ชัดเจนและทันทั่วถึง

กรมการแพทย์ ดำเนินการสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ภายใต้แผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์ พ.ศ.2563 – 2565 โดยมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทุกแห่งแปลงแผนสู่การปฏิบัติอย่างมีทิศทางและนำองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาองค์กรกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถประเมินความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนวิธีการ และจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงสามารถประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ และวางแผนการบริหารงานอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

คำนิยาม :

**แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน** หมายถึง แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (Action plan) จากแหล่งเงินงบประมาณและเงินบำรุงของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ปรากฏในระบบ PBMS

**การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ** หมายถึง การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งประกอบด้วยโครงการ/กิจกรรม/เป้าหมาย/ระยะเวลา และควบคุมกำกับเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ

**แบบสำรวจการรับรู้นโยบาย/แผนปฏิบัติการ/ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์** หมายถึง แบบสำรวจการรับรู้นโยบาย/แผนปฏิบัติการ/ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานออกแบบและจัดทำเป็นแบบสำรวจออนไลน์ผ่าน Google form ซึ่งจะมีการแจ้งรายละเอียดให้หน่วยงานทราบอีกครั้งหลังงานสัมมนาและทิศทางการดำเนินงาน กรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

**จำนวนบุคลากรภายในหน่วยงาน** หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงาน ณ วันที่ 1 ก.พ. 2565 ซึ่งกองยุทธศาสตร์และแผนงานจะอ้างอิงข้อมูลจำนวนบุคลากรทั้งหมดของแต่ละหน่วยงานจากกองบริหารทรัพยากรบุคคลกรมการแพทย์

**รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ** หมายถึง สถานการณ์การรายงานความก้าวหน้าของโครงการ/กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในระบบ PBMS

**ผลงานเด่น** หมายถึง ผลลัพธ์ของงานสำคัญที่หน่วยงานสามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นรูปธรรมส่งผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับแนวทางตามเป้าหมาย กลยุทธ์ และยุทธศาสตร์ที่หน่วยงานได้กำหนดไว้

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	การทบทวนแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่าย งบประมาณล่วงหน้า และนำเสนอคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน
2	การสื่อสารทิศทาง / นโยบายสำคัญของกรมการแพทย์ การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของ หน่วยงานสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2564 – ม.ค. 2565) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2565) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2565

**แนวทางการประเมินผล :**

- พิจารณาจากความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของกระบวนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับคะแนน ตามเอกสาร/หลักฐาน ที่แสดงในโปรแกรม PBMS เว็บไซต์หน่วยงาน และเอกสารแนบในระบบรายงานคำ รับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) ประกอบการประเมินผล
- หน่วยงานสามารถปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณได้ โดยให้จัดส่ง รายละเอียดที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหน่วยงานมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในไตรมาสที่ 2 (ต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2565) โดยการขอปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงแผนปฏิบัติการ ต้องเป็น ผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่ใช่ความบกพร่องของหน่วยงาน และไม่ใช้เหตุการณ์อันเกิดขึ้นได้โดย ปกติ ทั้งนี้ต้องส่งผลกระทบจนไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการที่ระบุไว้
- กรณีที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการ ขอให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็น ประกอบการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
<b>รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565)</b>			
<b>1</b>	การทบทวนแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 -2565 เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า และนำเสนอคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน		
	เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	0.6	แนบไฟล์เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ ฯ ในระบบ E-PA
	รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงานที่ปรากฏวาระของการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2565	0.2	แนบไฟล์รายงานการประชุมฯ ในระบบ E-PA
	การวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อย่างมีประสิทธิภาพ	0.2	รายละเอียดของแผนคำของบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และจัดส่งทันเวลาที่กำหนดตามปฏิทินการจัดทำคำขอของบประมาณ
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>1.0</b>	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
2	การสื่อสารทิศทาง/นโยบายสำคัญของกรมการแพทย์ การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565		
	<b>ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.6 คะแนน</b>		
	1.1 แสดงให้เห็นถึงกระบวนการ/กิจกรรม การสื่อสารนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงาน ของกรมการแพทย์ ไปปฏิบัติระดับ หน่วยงาน - กลุ่มงาน - บุคคล	0.3	- แนบภาพการสื่อสารทิศทาง/นโยบายฯ <u>ในระบบ E-PA</u> - บุคลากรในหน่วยงานตอบแบบสำรวจ การรับรู้นโยบาย/ยุทธศาสตร์กรมการ แพทย์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวน บุคลากรภายในหน่วยงาน)
	1.2 ความเชื่อมโยงระหว่างทิศทาง/นโยบาย สำคัญของกรมการแพทย์ กับยุทธศาสตร์ ของหน่วยงาน	0.2	แนบไฟล์เอกสารการวิเคราะห์เชื่อมโยง ฯ <u>ในระบบ E-PA</u>
	1.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของ หน่วยงาน	0.1	แนบหนังสืออนุมัติ/เอกสารหลักฐานที่แสดง ว่าแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ได้ผ่านการ พิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการ บริหารของหน่วยงาน <u>ในระบบ E-PA</u>
	<b>ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 0.4 คะแนน</b> (กรณีหน่วยงานที่มีโครงการเงินงบประมาณจะคิดสัดส่วนคะแนน จากโครงการเงินงบประมาณเป็นหลัก)		
	2.1 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงินงบประมาณ <u>ในระบบ PBMS</u> การคิดคะแนน	0.4	<b>หน่วยงานที่มีโครงการเงินงบประมาณ</b> บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยกำหนดให้มีโครงการที่ดำเนินการแล้ว เสร็จภายใน* - เดือนมีนาคม 2565 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 - เดือนกรกฎาคม 2565 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
	$\frac{A}{B} \times 100$ A = จำนวนโครงการเงินงบประมาณที่ บันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการทั้งหมดที่ได้รับจัดสรร งบประมาณในไตรมาส 1-2  * หมายเหตุ ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะ เหมือนโครงการวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาตาม กรอบการศึกษาวิจัย	0.2	หากกำหนดให้มีโครงการที่ดำเนินการแล้ว เสร็จภายใน* - เดือนมีนาคม 2565 น้อยกว่าร้อยละ 50 - เดือนกรกฎาคม 2565 น้อยกว่าร้อยละ 80

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
	2.2 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงิน บำรุง ในระบบ PBMS การคิดคะแนน <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> <math display="block">\frac{A}{B} \times 100</math> </div> <p>A = จำนวนโครงการเงินบำรุงที่บันทึก                      ข้อมูลแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS                      B = จำนวนโครงการเงินบำรุงทั้งหมด                      ที่สอดคล้องและตอบสนองต่อยุทธศาสตร์                      กรรมการแพทย์</p>	0.4	<b>เฉพาะหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงิน                      งบประมาณ</b> บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100 ของโครงการเงินบำรุงที่ หน่วยงานและกองยุทธศาสตร์และ แผนงานพิจารณาพร้อมกันแล้วเห็นว่าเป็น โครงการที่สอดคล้องและตอบสนองต่อ ยุทธศาสตร์กรรมการแพทย์ (ตามแผนเงิน บำรุงของหน่วยงานที่ได้รับอนุมัติ)
		0.2	บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
		0.1	กรณีหน่วยงานไม่มีบันทึกข้อมูล แผนปฏิบัติการทั้งเงินงบประมาณและ เงินบำรุง ในระบบ PBMS
	รวมคะแนน (ส่วนที่ 1 + 2)	1.0	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2564 – ม.ค. 2565) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด	1.0	บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) และดำเนินการ เสร็จสิ้นแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (2)</u>
	<u>การคิดคะแนน (1)</u>	0.5	บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) หรือ ดำเนินการ เสร็จสิ้นแล้ว น้อยกว่าร้อยละ 40 (2)</u>
	<u>การคิดคะแนน (2)</u>	0.1	กรณีหน่วยงานที่ <u>ไม่มีโครงการเงินงบประมาณ และเงินบำรุง</u>
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>1.0</b>	

$$\frac{A}{B} \times 100$$

A = จำนวนโครงการที่มีการรายงาน  
ความก้าวหน้าในระบบ PBMS  
B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลา  
ดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการในระบบ  
PBMS ในระหว่าง ต.ค. 2564 –ม.ค. 2565

$$\frac{C}{D} \times 100$$

C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการ  
รายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ใน  
ระบบPBMS  
D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ  
PBMS ทั้งหมด

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
<b>รอบที่ 2 : 6เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2565)</b>			
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2565) งบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด  การคิดคะแนน (1) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <math display="block">\frac{A}{B} \times 100</math> </div> A = จำนวนโครงการที่มีการรายงาน ความก้าวหน้าในระบบ PBMS	1.0	บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) และ ดำเนินการ เสร็จสิ้นแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (2)</u>
		0.5	บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) หรือ ดำเนินการ เสร็จสิ้นแล้ว น้อยกว่าร้อยละ 80 (2)</u>
		0.1	กรณีหน่วยงานที่ <u>ไม่มีโครงการเงิน งบประมาณและเงินบำรุง</u>
	B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลา ดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ก.พ. – ก.ค. 2565  การคิดคะแนน (2) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <math display="block">\frac{C}{D} \times 100</math> </div> C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการ รายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ใน ระบบPBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด		
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>1.0</b>	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงาน เด่น ในแต่ละยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	1.0	- ผลงานเด่น <b>ครบตาม</b> แต่ละยุทธศาสตร์ ของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ละ 1 เรื่อง เป็นอย่างน้อย)
		0.5	- ผลงานเด่น <b>ไม่ครบตาม</b> แต่ละยุทธศาสตร์ ของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ละ 1 เรื่อง เป็นอย่างน้อย)
		0.1	- <b>ไม่มีการ</b> รายงานผลงานเด่น
			<u>หมายเหตุ</u> 1.1 ชื่อประเด็น (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน) 1.2 ชื่อผลงาน 1.3 หลักการและเหตุผล 1.4 กระบวนการทำงาน (ขั้นตอน กิจกรรม วิธีการ) 1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อหน่วยงาน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ประชาชน) 1.6 รูปภาพที่เป็นไฟล์ .jpeg อย่างน้อย 2 - 4 รูป 1.7 เพื่อให้การนำเสนอผลงานมีความ ชัดเจน ควรนำเสนอผลงานโดยนำหลักการ คิดเชิงระบบและการวิเคราะห์ 5W1H (Who, What, When, Where, Why, How) ใช้ประกอบการนำเสนอ โดยจัดส่งหลักฐานทาง E-mail:eva634752@gmail.com
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>1.0</b>	

**แนวทางการประเมินผล :**

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2565 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2565 ระดับคะแนน 5

หมายเหตุ :หน่วยงานต้องส่งหลักฐาน ในระบบ E-PA ภายในระยะเวลาที่กำหนด

รอบการประเมิน ครั้งที่ 1 ระบบ E-PA เปิดระบบงานรายงาน ระหว่างวันที่ 14 – 18 กุมภาพันธ์ 2565

รอบการประเมิน ครั้งที่ 2 ระบบ E-PA เปิดระบบงานรายงาน ระหว่างวันที่ 15 – 19 สิงหาคม 2565

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหาร ยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	ร้อยละ	5	5	5

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

ข้อมูลจากกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1524, 3204

## ตัวชี้วัดที่ 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)

น้ำหนัก : ร้อยละ 6

ตัวชี้วัดที่	กรณีที่ 1 มีครบทุก ตัวชี้วัด	กรณีที่ 2 มีไม่ครบทุก ตัวชี้วัด
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	2	3
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	2	-
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	2	3

- **กรณีที่ 1 :** หน่วยงานที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เงินบำรุง
- **กรณีที่ 2 :** หน่วยงานที่ไม่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

**กรณีที่ 1 :** หน่วยงานที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เงินบำรุง ประกอบด้วย

1	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	17	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	18	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
3	โรงพยาบาลราชวิถี	19	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
4	โรงพยาบาลเลิดสิน	20	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
5	โรงพยาบาลสงฆ์	21	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
6	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	22	โรงพยาบาลมหาวิราลงกรณชัยบุรี
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลอภัยุรักษ์เชียงใหม่
8	สถาบันประสาทวิทยา	24	โรงพยาบาลอภัยุรักษ์สงขลา
9	สถาบันพยาธิวิทยา	25	โรงพยาบาลอภัยุรักษ์ขอนแก่น
10	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	26	โรงพยาบาลอภัยุรักษ์ปัตตานี
11	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ	27	โรงพยาบาลอภัยุรักษ์แม่ฮ่องสอน
12	สถาบันโรคทรวงอก	28	โรงพยาบาลอภัยุรักษ์อุดรธานี
13	สถาบันโรคผิวหนัง	29	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ
14	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	30	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
15	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	31	โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง
16	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	32	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชฯ ผู้สูงอายุ

#### ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย

การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) นำผลการประเมินเป็น Input ในการกำหนดแผนงานโครงการในแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) มิติที่ 5 คุณภาพชีวิต และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานมีเป้าประสงค์ คือ สร้างองค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี

ขั้นที่ 1 ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

ขั้นที่ 2 นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้านคือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2564

ขั้นที่ 3 สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ โดยหน่วยงานรายงาน ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน ตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) และรายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2564
3	สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้านตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

หมายเหตุ : ระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ 4 และ 5 จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

**แนวทางการประเมินผล :**

- ชี้แจงหน่วยงานให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 4.2.1 การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ผ่านการประชุมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคล
- ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามแผน และรายงานผลการดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด
- ให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการดำเนินการตามแบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ในระดับความสำเร็จที่ 3, 4 และ 5
- ให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 4.2.1 การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน ผ่านระบบ E-PA พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการดำเนินการตามตัวชี้วัด และส่งเอกสารแก้ไขเพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด

**คำอธิบายแนวทางการประเมิน :**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมาเป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2564	แผนงาน / โครงการรองรับ ในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money
3	สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 4
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้านตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	1. แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 2. แผนงาน / โครงการโดดเด่นที่ได้รับการอนุมัติ และดำเนินการแล้วเสร็จ

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 3
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้าง องค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	ร้อยละ	N/A	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1521, 1523

**ตัวชี้วัดที่ 4.2.2** **บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)**

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หมายถึง การดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่หน่วยงานออกคำสั่ง เพื่อให้ระบบข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล จะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน

คำนิยาม :

ความเคลื่อนไหว หมายถึง การจ้าง การลาออก การย้าย การเลื่อนค่าจ้างประจำปี คำสั่งแก้ไขความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขภายในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

**แนวทางการประเมินผล :**

ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกรายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้กองบริหารทรัพยากรบุคคล จะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน จึงให้หน่วยงานส่งสำเนาคำสั่ง ฯ ผ่านระบบ Google form ตามแนวทางการประเมินผล ดังนี้

รอบการประเมินที่ 1	รอบการประเมินที่ 2
ครั้งที่ 1 ภายในเดือนตุลาคม 2564	ครั้งที่ 4 ภายในเดือนเมษายน 2565
ครั้งที่ 2 ภายในเดือนธันวาคม 2564	ครั้งที่ 5 ภายในเดือนมิถุนายน 2565
ครั้งที่ 3 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2565	ครั้งที่ 6 ภายในเดือนสิงหาคม 2565

**คำอธิบายแนวทางการประเมิน :**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออก คำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	1. สำเนาคำสั่ง ฯ ที่ส่งผ่านระบบ Google form 2. วันที่ลงข้อมูลในระบบ HROPS
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	

**หมายเหตุ :**

ระดับคะแนน หมายถึง ระดับคะแนน 1 (X1) หรือ 2 (X2) หรือ 3 (X3) หรือ 4 (X4) หรือ 5 (X5)

จำนวนข้อมูลที่บันทึกความเคลื่อนไหวในระบบ HROPS ภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5) หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ถูกต้องครบถ้วน

$$\text{วิธีการคิดคะแนน} \frac{((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5))}{\text{จำนวนข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ทั้งหมด}}$$

**ตัวอย่าง**  $\frac{(1 \times 3) + (2 \times 0) + (3 \times 4) + (4 \times 0) + (5 \times 3)}{10} = \frac{3 + 0 + 12 + 0 + 15}{10} = \frac{30}{10} = 3$  คะแนน

แนวทางการประเมินผล :

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	ร้อยละ	N/A	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
<b>ผู้จัดเก็บข้อมูล</b>	
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1521, 1523

**ตัวชี้วัดที่ 4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน**

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์ ใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) : Department Personnel Information System เป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารจัดการข้อมูลข้าราชการ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ทั้งนี้ จะดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลให้หน่วยงานใช้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันและเพื่อความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลจึงกำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย หากพบข้อมูลบุคลากรไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ให้แจ้งมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันข้อมูลบุคลากรที่หน่วยงานต้องตรวจสอบและแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องส่งให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไป (ชื่อ - สกุล/วัน เดือน ปี เกิด/เลขบัตรประจำตัวประชาชน/สถานภาพ/ครอบครัว/วันบรรจุเข้ารับราชการ/พันดลอง/ประวัติการเลื่อนระดับ/เลื่อนเงินเดือน/ฯลฯ)
- 2) วุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ (กรณีที่ได้รับวุฒิก่อนการสอบ/วุฒิปริญญาตรีเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)
- 3) ประวัติการศึกษา/อบรมหลักสูตรต่าง ๆ (แนบเอกสารหลักฐานการผ่านหลักสูตรศึกษา/อบรมดังกล่าวด้วย) ทั้งนี้ หากมีการแก้ไข เพิ่มเติม ส่งเอกสารหลักฐานให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการปรับปรุงข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิก่อนการสอบ/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 7 วันทำการ
2	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิก่อนการสอบ/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 6 วันทำการ
3	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิก่อนการสอบ/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 5 วันทำการ
4	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิก่อนการสอบ/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 4 วันทำการ
5	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิก่อนการสอบ/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 3 วันทำการ

**แนวทางการประเมินผล :**

ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลข้าราชการในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ในส่วนของข้อมูลวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรม ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ทุกราย โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลตามแนวทางการประเมินผลดังนี้

1. กรณีมีวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรเพิ่มเติม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรเพิ่มเติม

2. กรณีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรมเรียบร้อยแล้ว

**คำอธิบายแนวทางการประเมิน :**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 7 วันทำการ	- สำเนาใบระเบียบผลการเรียน (ทรานสคริป) - สำเนาใบรับรองวุฒิ/สำเนาใบปริญญาบัตร
2	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 6 วันทำการ	- สำเนาวุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ/สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาลที่ต่ออายุ
3	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 5 วันทำการ	
4	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 4 วันทำการ	
5	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราย ภายใน 3 วันทำการ	

หมายเหตุ :

ระดับคะแนน หมายถึง ระดับคะแนน 1 (X1) หรือ 2 (X2) หรือ 3 (X3) หรือ 4 (X4) หรือ 5 (X5)

จำนวนข้อมูลที่ปรับปรุงสำเร็จภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5)

หมายถึง ข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขภายในระยะเวลาแต่ละระดับ

<p>วิธีการคิดคะแนน <math>((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5))</math></p> <p>จำนวนข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขทั้งหมด</p>	
ตัวอย่าง	$\frac{(1 \times 3) + (2 \times 0) + (3 \times 4) + (4 \times 0) + (5 \times 3)}{10} = \frac{3 + 0 + 12 + 0 + 15}{10} = \frac{30}{10} = 3 \text{ คะแนน}$

แนวทางการประเมินผล

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	ร้อยละ	N/A	N/A	5

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1521, 1523

ตัวชี้วัดที่ 4.3 Digital Reform (Digital Transformation)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 8

คำอธิบาย :

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation

คำอธิบาย:

**Smart IT Infrastructure** หน่วยงานมีแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการบริหารจัดการและการให้บริการงานเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีดิจิทัล วิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน

**ชุดข้อมูลเปิด** หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยงานต้องเปิดเผยต่อสาธารณะตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการในรูปแบบข้อมูลดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงและใช้ได้อย่างเสรีไม่จำกัดแพลตฟอร์ม ไม่เสียค่าใช้จ่ายเผยแพร่ ทำซ้ำ หรือใช้ประโยชน์ได้โดยไม่จำกัดวัตถุประสงค์

**EMRAM** คือ เครื่องมือในการวัดระดับความพร้อม EMR (8 Stages) เพื่อการพัฒนาสู่สถานพยาบาลดิจิทัลเต็มรูปแบบ โดย

Stage	คำนิยาม
7	<p><b>Complete EMR, Data analytics to improve care</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ไม่ใช้กระดาษ</li> <li>• มีการทำ Data warehousing</li> <li>• มีความพร้อมในการแชร์ clinical information ข้ามสถานพยาบาลในรูปแบบของ standardized electronic transactions</li> <li>• มีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยตลอด patient journey ผ่านหน่วยต่าง ๆ เช่น จาก Out-patient มา Emergency Department แล้วไปต่อ In-patient ก่อนจะย้ายหน่วยมีการสรุปข้อมูลก่อน</li> <li>• ในระบบ closed loop medication management มีการรวมการให้เลือดและการให้นม</li> </ul>
6	<p><b>Physician documentation ( templates) , Full CDSS, Closed loop medication administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• แพทย์บันทึกข้อมูลเข้าระบบในผู้ป่วยในให้ได้น้อย 1 หน่วย เช่น บันทึก progress notes, consult notes, discharge summaries หรือ problem list &amp; diagnosis list</li> <li>• level 3 CDS variance and compliance alerts</li> <li>• Closed loop medication administration แพทย์สั่งยา, เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องและออก barcode ให้แพทย์แจกยา, พยาบาลจะให้ยาคนไข้โดยแสกน barcode , ฯลฯ อาจใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ ได้ เช่น RFID</li> <li>• เป้าหมายก็คือ “five rights” ของการให้ยา คือ right patient, right time, right drug, right dose, และ right route</li> </ul>
5	<p><b>Full R-PACS</b></p> <p>ระบบ PACS ที่เก็บข้อมูลได้จากอุปกรณ์ตรวจหลายชนิด support ไฟล์ DICOM และแพทย์จากหน่วยอื่นก็สามารถเข้าดูได้ผ่านระบบเครือข่าย</p>

Stage	คำนิยาม
4	<b>CPOE ; Clinical decision support (clinical protocols)</b> แพทย์สามารถใช้ระบบ CPOE สั่งการรักษา สั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถทำ CDSLevel 2 คือมีการใช้ Evidence-based medicine protocols เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบ
3	<b>Clinical documentation, CDSS (error checking)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบบันทึกให้ยากับคนไข้มีหน่วยผู้ป่วยอย่างน้อย 1 หน่วย นำระบบ Nursing/Clinical Documentation มาใช้ (เช่น Vital sign, Flow Sheets, Nursing Notes) โดยเชื่อมต่อเข้ากับ CDR</li> <li>มีระบบ PACS ให้แพทย์ที่อยู่นอกหน่วยรังสีวิทยาสามารถเข้าไปดูด้วยได้ผ่านระบบเครือข่ายภายในองค์กร สามารถทำ CDS Level 1 สำหรับ Error Checking</li> </ul>
2	<b>CDR, Controlled medical vocabulary, CDS, HIE capable</b> มี CDR ระบบฐานข้อมูลตาม Stage 1 ซึ่งสามารถส่งข้อมูลมาบันทึกในฐานข้อมูลนี้ได้ แพทย์สามารถเข้ามาดูข้อมูลเหล่านี้ รวมถึงสามารถบันทึกข้อมูลที่เกิดจากการเขียนลงกระดาษแล้วสแกนได้
1	<b>All three ancillaries installed – Lab, Rad, Pharmacy</b> มีระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 3 อย่าง ได้แก่ ระบบห้องแล็บ ระบบห้องยา และระบบทางรังสีวิทยา
0	<b>All three ancillaries not installed</b> ไม่มีระบบหลัก 3 ระบบคือ ระบบห้องแล็บ, ระบบห้องยา, และระบบทางรังสีวิทยา

เกณฑ์การให้คะแนน :

ประเด็น	รายละเอียด	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	1.1 มีแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์ 1.2 มีฐานข้อมูลจัดเก็บรายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน	1.1 แผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์ 1.2 ไฟล์รายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
2	จัดทำชุดข้อมูลเปิด (Open data) ตาม COE ของหน่วยงาน อย่างน้อย 1 ชุด	ชุดข้อมูลเปิด (Open data) ตาม COE ของหน่วยงาน
3	3.1 การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์ 3.2 การดำเนินงานพัฒนา Data Center และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน	3.1 แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัย 3.2 รายการตรวจประเมินการดำเนินงาน Data Center และระบบเครือข่าย
4	EMRAM ผ่านระดับ5	แบบประเมิน EMRAM
5	ดำเนินการส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายัง DMS Big Data แบบ Real Time	ตรวจสอบจากระบบส่งข้อมูล43 แฟ้ม

**หมายเหตุ** สถาบันพยาธิวิทยา\* ใช้ประเด็นที่ 1, 2 และ 3 ของกรณีที่ 1

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

ประเด็น	คะแนนตามประเด็น				
	ประเด็น 1	ประเด็น 2	ประเด็น 3	ประเด็น 4	ประเด็น 5
คะแนน	1	1	1	1	1

แนวทางการประเมินผล

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 3
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
4.3 Digital Reform (Digital Transformation) กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการร้อยละของการ ดำเนินการตาม Digital Transformation	ร้อยละ	N/A	5	5

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2401, 2413
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสารสนเทศการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2417

A watercolor illustration featuring a sunflower with a red-orange head and a brown stem, set against a background of soft, textured washes in shades of pink, orange, and brown. The sunflower is positioned in the upper left quadrant. The background consists of large, overlapping, textured washes of color, creating a layered and artistic effect. The text 'ภาคผนวก' is centered in the middle of the image.

# ภาคผนวก

## แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2565

### Process

หน่วยงานที่ประเมิน :

CoE ด้าน : \_\_\_\_\_.

No.	Indicator (ชื่อตัวชี้วัด)	Measure (วิธีการวัด)	age group	sex	ค่ามาตรฐาน	ข้อมูลอ้างอิงของค่ามาตรฐาน	ผลลัพธ์
1							
2							

หมายเหตุ : 1. ตัวชี้วัดเชิง Process จำนวน 2 ตัวชี้วัด

2. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน
3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน
4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน ซึ่งประเมินรอบ 12 เดือน และต้องเป็นตัวชี้วัดตามแบบฟอร์มนี้เท่านั้น
5. ระบุข้อมูลอ้างอิงที่มาของค่ามาตรฐาน

## แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2565

### Patient Safety

หน่วยงานที่ประเมิน :

CoE ด้าน : \_\_\_\_\_.

No.	Indicator (ชื่อตัวชี้วัด)	Measure (วิธีการวัด)	age group	sex	ค่ามาตรฐาน	ข้อมูลอ้างอิงของค่ามาตรฐาน	ผลลัพธ์
1							
2							

- หมายเหตุ :
1. ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety จำนวน 2 ตัวชี้วัด
  2. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน
  3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน
  4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน ซึ่งประเมินรอบ 12 เดือน และต้องเป็นตัวชี้วัดตามแบบฟอร์มนี้เท่านั้น
  5. ระบุข้อมูลอ้างอิงที่มาของค่ามาตรฐาน

## แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2565

### Outcomes

หน่วยงานที่ประเมิน :

CoE ด้าน : \_\_\_\_\_.

No.	Indicator (ชื่อตัวชี้วัด)	Measure (วิธีการวัด)	age group	sex	ค่ามาตรฐาน	ข้อมูลอ้างอิงของค่ามาตรฐาน	ผลลัพธ์
1							
2							
3							

- หมายเหตุ :
1. ตัวชี้วัดเชิง Outcomes จำนวน 2 ตัวชี้วัด หรือมากกว่า
  2. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน
  3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน
  4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน ซึ่ง ประเมินรอบ 12 เดือน และต้องเป็นตัวชี้วัดตามแบบฟอร์มนี้เท่านั้น
  5. ระบุข้อมูลอ้างอิงที่มาของค่ามาตรฐาน



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

## แบบประเมินตนเอง

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ .....

สถาบัน/โรงพยาบาล.....

ปีงบประมาณ .....วันที่ประเมิน .....

ร้อยละของคะแนนที่ได้ .....อยู่ในระดับ.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ประธานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้อำนวยการ.....

## รายละเอียดการประเมินตนเองเรื่อง การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

แบบประเมินฉบับนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของหน่วยงานท่าน โดยให้นำข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2558 ถึงปัจจุบัน มาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการตอบคำถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ 2 การจัดการเชิงระบบ

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ขอให้ตอบแบบประเมินตนเองเป็นรายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ทั้ง 15 ด้านตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ดังนี้

1. ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม
2. ด้านจักษุวิทยา
3. ด้านโสต ศอ นาสิก
4. ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก
5. ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร
6. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
7. ด้านทันตกรรม
8. ด้านระบบประสาท
9. ด้านพยาธิวิทยา
10. ด้านโรคมะเร็ง
11. ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด
12. ด้านโรคทรวงอก
13. ด้านโรคผิวหนัง
14. ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
15. ด้านโรคเด็ก

สำหรับหน่วยงานที่อยู่ในภูมิภาคจะเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทภารกิจเฉพาะด้าน ตามหน่วยงานหลัก จึงขอให้ตอบแบบประเมินดังกล่าวนี้ด้วยกันเพียงชุดเดียว ได้แก่

- โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
- โรงพยาบาลมะเร็งในภูมิภาค
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ในภูมิภาค
- โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อสงฆ์เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

**ส่วนที่ 2** การคิดคะแนนการประเมินตนเองซึ่งมีคะแนนเต็มทั้งหมด 100 คะแนนโดยแบ่งสัดส่วนของคะแนน 3  
ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน มีคะแนนเต็ม 4 คะแนน

ตอนที่ 2 การจัดการเชิงระบบ มีคะแนนเต็ม 32 คะแนน

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงานมีคะแนนเต็ม 64 คะแนน

ขอให้ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง ประเมินครบทั้ง 3 ตอน แล้วรวมคะแนนทั้งหมดคิดออกมาเป็น ร้อยละ เพื่อเทียบระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

- i. ระดับดีเลิศ ได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 90-100
- ii. ระดับดีมาก ได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 80-89.99
- iii. ระดับดี ได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 70-79.99
- iv. ระดับปานกลาง ได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 60-69.99
- v. ระดับเริ่มต้น ได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 50-59.99

## ส่วนที่ 1 แบบประเมินตนเอง

### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

#### 1. บริบทของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง

1.1 ขอบเขตของการให้บริการ (ให้วิเคราะห์ปัญหาในระดับสถาบัน ระดับประเทศ กำหนดการบริการที่ชัดเจนให้มองถึงประโยชน์ที่ได้รับให้ครอบคลุม)

1.2 ความท้าทายที่สำคัญและข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง

1.2.1 ความท้าทายที่สำคัญเชิงกลยุทธ์ (หน่วยงานวิเคราะห์ สิ่งที่ต้องการเอาชนะ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ โดยความท้าทายนั้นมีทั้งภายนอก อาจเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงผลผลิต บริการ เทคโนโลยี รวมถึงความเสี่ยงด้านการเงิน สังคม และความเสี่ยงอื่นๆ ส่วนความท้าทายภายในเกี่ยวกับความสามารถของหน่วยงานหรือทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่นๆ)

1.2.2 ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (หน่วยงานวิเคราะห์ปัจจัยเชิงบวก (Positive Core) ที่ทำให้งานสำเร็จ)

1.3 ความต้องการที่สำคัญของกลุ่มผู้รับผลงาน และส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามบริบทข้อที่ 1.1 ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางต้องการตอบสนอง (หน่วยงานนำสิ่งที่ได้จากการรับฟังและเรียนรู้ เช่น ผลการสอบถามเฉพาะกลุ่ม (Focus Group) แบบสำรวจความต้องการและความคาดหวัง ข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เว็บไซต์ และแหล่งข้อมูลอื่นๆ โดยแยกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รับผลงาน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

กลุ่ม	ความต้องการที่สำคัญ	แนวทางการตอบสนอง
- กลุ่มผู้รับบริการ		
- กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		

#### 2. ข้อมูลทั่วไปของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง

2.1 โครงสร้างองค์กร (Organization chart)

2.2 รายชื่อคณะกรรมการ

รายชื่อคณะกรรมการ	โทรศัพท์	อีเมล
ประธาน:		
รองประธาน:		
เลขา:		
คณะกรรมการ		

2.3 จำนวนผู้ป่วยเฉพาะทางของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

- ผู้ป่วยยุ่งยากของศูนย์ความเป็นเลิศ หมายถึง.....
- ผู้ป่วยไม่ยุ่งยากของศูนย์ความเป็นเลิศ หมายถึง.....

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	ยุ่งยากซับซ้อน	ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	ยุ่งยากซับซ้อน	ไม่ยุ่งยากซับซ้อน
๒๕๕๘	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย
	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %
๒๕๕๙	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย
	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %
๒๕๖๐	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย	จำนวน ..... ราย
	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %	คิดเป็น ..... %

ตอนที่ 2 การจัดการเชิงระบบ

1. แผนยุทธศาสตร์ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง การประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ (ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน .... กำหนดวิสัยทัศน์ คือ สภาพที่องค์กรต้องการเป็น ภายในปี 2564 อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์กรมการแพทย์และกำหนดเป้าประสงค์ คือ ระดับผลการดำเนินการที่ต้องการบรรลุ จาก 7 องค์ประกอบหลัก (Super-tertiary Care/ Referral Center/ Research and Development Center/ Training Center/ Reference Center/ National Body and Policy Advocacy/ Network)

- 1.1 วิสัยทัศน์ .....
- 1.2 พันธกิจ .....
- 1.3 เป้าประสงค์ .....
- 1.4 วัตถุประสงค์ .....
- 1.5 ยุทธศาสตร์ .....
- 1.6 เชื่อมมุ่ง .....
- 1.7 แผนสนับสนุนทรัพยากร/ สิ่งปลูกสร้าง/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ สู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง

1.7.1 จำนวนแพทย์ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง แยกตามสาขา

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	จำนวน (คน)
ด้าน.....	
- แพทย์	
- พยาบาล	
- อื่นๆ โปรดระบุ .....	
(ตามศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านนั้นๆ)	

1.7.2 จำนวนงบประมาณ

งบประมาณที่ใช้ไป	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
งบลงทุน			
งบดำเนินการ			
งบพัฒนาบุคลากร			

1.7.3 เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่มีราคาตั้งแต่..... ล้านบาทขึ้นไป จำนวน..... รายการ คือ (ที่ยังคงใช้งานอยู่ในปัจจุบันนี้)

รายการเครื่องมือ	จำนวน

1.8 ผลงาน 2 ปีที่ผ่านมา และแผนที่จะพัฒนาต่อไปในการจัดการ และพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการจัดการสารสนเทศ เพื่อตอบสนองต่อการเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง

1.9 ผลการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ (เทียบกับแผน)

2. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง มีการนำผลการปฏิบัติงานและตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญไปเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานด้านเดียวกัน (Benchmarking) เพื่อแสดงถึงความเป็น Best Practice ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง (Benchmarking เป็นกระบวนการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดจากผู้อื่น แล้วนำวิธีการปฏิบัตินั้นมาปรับปรุงตนเอง และใช้ตัววัดเป็นการพิจารณาประกอบ/ Best Practices คือ วิธีปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ หรือการปฏิบัติที่นำให้องค์กรสู่ความเป็นเลิศ)

2.1 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางได้ทำ Benchmarking หรือไม่

ทำ (ให้ตอบข้อ 2.2 – 2.4) คือเรื่อง.....

ไม่ทำ (ข้ามไปตอบข้อ 3)

2.2 ของเขตของ Benchmarking เป็นระดับ

ระดับกลยุทธ์

ระดับปฏิบัติการ

Input     Process     Outcome

2.3 คู่เทียบ

ภายใน คือ .....

ภายนอก คือ .....

2.4 การพัฒนาที่เกิดจาก Benchmarking ทำให้มี Best Practice หรือไม่

ไม่มี

มี คือเรื่อง .....

3. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง มีการเผยแพร่นวัตกรรม/ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่ก้าวหน้าทันสมัย ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้ และความคิดสร้างสรรค์ ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยรวมทั้งการบริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น เกิดความพึงพอใจจนถึงประทับใจ)

ชื่อนวัตกรรม/เทคโนโลยีทางการแพทย์	วัน/เดือน/ปี	ช่องทางเผยแพร่วัตกรรม
-	-	-

4. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางมีกิจกรรมการพัฒนาระบบงานเพื่อให้มีผลการปฏิบัติงาน ที่ดีขึ้นกว่าเดิม ได้แก่อะไรบ้าง

ระบบที่พัฒนา	ชื่อกิจกรรม	ผลการดำเนินงาน		หน่วยงานที่นำไปใช้ (ถ้ามี)
		ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง	

### ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา

1. ผลการดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง ในปีที่ผ่านมา

1.1 โรคหรือภาวะที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและ/หรือ ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงและ/หรือ ต้องดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 อันดับแรก เรียงตามจำนวนที่ให้บริการในปีงบประมาณที่ผ่านมา (จากมากไปน้อย)

ผู้ป่วยนอก	จำนวน (ราย)	จำนวนที่ส่งต่อไปรักษา รพ.อื่น	ผู้ป่วยใน	จำนวน (ราย)	จำนวนที่ส่งต่อไปรักษา รพ.อื่น
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		
4.			4.		
5.			5.		

1.2 โรคหรือภาวะที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและ/หรือ ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงและ/หรือ ต้องดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ ที่รับส่งต่อมา 5 อันดับแรก ในปีงบประมาณที่ผ่านมา (จากมากไปน้อย) (ผนวกพร้อมกับข้อ 1.1)



1.7 เป็นแหล่งการศึกษาดูงานด้านวิชาการแพทย์ระดับหลังปริญญา

ชื่อหน่วยงาน	ชื่อเรื่องที่มาดูงาน	วัน/เดือน/ปี ที่มาดูงาน	จำนวน (คน)	ภายในประเทศ	ต่างประเทศ

1.8 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายทางการแพทย์ที่นำเสนอต่อกรมการแพทย์ หรือกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่  
อะไรบ้าง

ข้อเสนอแนะทางนโยบาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ถูกนำไปกำหนดเป็นนโยบาย

1.9 เครือข่าย ความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานภายนอกกรมการแพทย์

ชื่อเครือข่าย	ชื่อองค์กรที่เข้าร่วม				มี MOU	ผลงาน/ ความก้าวหน้า	ไม่มี MOU
	ในประเทศ		ต่างประเทศ				
	ในสังกัด สธ.	นอกสังกัด สธ.	ชื่อหน่วยงาน	ประเทศ			

1.10 ผลงานเด่น / รางวัลที่ภาคภูมิใจ ได้แก่อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

## ส่วนที่ 2 การคิดคะแนนการประเมินตนเอง

### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. มีการวิเคราะห์ความสำคัญ	1	
2. มีการวิเคราะห์ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	1	
3. มีการวิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1	
4. มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยของศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง	1	
<b>รวม</b>	<b>4</b>	

### ตอนที่ 2 การจัดการเชิงระบบ

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5. องค์กรจัดทำแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน...และมีผลการดำเนินงานตามแผน	4	
- มีแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน..และมีผลการดำเนินงานตามแผน(4 คะแนน)		
-มีแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน..และไม่มีผลการดำเนินงานตามแผน (2 คะแนน)		
- ไม่มีแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน...(0 คะแนน)		
6. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง มีการนำผลการปฏิบัติงานและตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญไปเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานด้านเดียวกัน (Benchmarking)	12	
มี Best Practice ระดับนานาชาติ (12 คะแนน)		
มี Best Practice ระดับชาติ (8 คะแนน)		
มี Benchmarking แต่ยังไม่ Best Practice (4 คะแนน)		
ยังไม่ได้ทำ Benchmarking(0 คะแนน)		
7. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง มีนวัตกรรม/เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเผยแพร่	12	
ระดับนานาชาติ (12 คะแนน)		
ระดับชาติ(8 คะแนน)		
มี แต่ยังไม่เผยแพร่ภายนอก (4 คะแนน)		
ไม่มี (0 คะแนน)		
8. มีการทำกิจกรรมพัฒนาระบบงานของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้าน.... เพื่อให้มีผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม	4	
หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลนำกิจกรรมไปปรับใช้พัฒนาระบบ (4 คะแนน)		
มีการพัฒนามากกว่า 1 ระบบ (2 คะแนน)		
มีการพัฒนา 1 ระบบ (1คะแนน)		
ไม่มี (0 คะแนน)		

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
รวม	32	

### ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงาน

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<b>Super Tertiary</b>	6	
9. โรคที่ยุ่งยากซับซ้อนมีผลการรักษา (Outcome) เป็นอย่างไร(โปรดระบุ)	6	
ดีกว่ามาตรฐาน (6 คะแนน)		
เป็นไปตามมาตรฐาน (4 คะแนน)		
ต่ำกว่ามาตรฐาน(0 คะแนน)		
<b>Refer</b>	6	
10. ร้อยละของผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนและได้ Refer ไปที่อื่นเพื่อรักษาในระดับสูงกว่า	6	
น้อยกว่าร้อยละ 2 (6 คะแนน)		
ตั้งแต่ร้อยละ 2 - 4 (4 คะแนน)		
มากกว่าร้อยละ 4 (2 คะแนน)		
<b>Research</b>	8	
11. มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์(ย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี)	8	
มีงานวิจัยตีพิมพ์ในระดับ Journal quartile score (Q1-Q2) - มากกว่าหรือเท่ากับ 1 เรื่อง (8 คะแนน)		
มีงานวิจัยตีพิมพ์ในระดับ Journal quartile score (Q3-Q4) เรื่องละ 4 คะแนน (ไม่เกิน 8 คะแนน)		
มีงานวิจัยตีพิมพ์วารสารกลุ่มหนึ่งของ TCI เรื่องละ 2 คะแนน (ไม่เกิน 8 คะแนน)		
ไม่ได้ตีพิมพ์ (0 คะแนน)		
<b>Training</b>	7	
12. มีหลักสูตรการฝึกอบรมทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่จัดต่อเนื่อง 3 ปีติดกัน	3	
≥ 2 หลักสูตร (3 คะแนน)		
1 หลักสูตร (2 คะแนน)		
13. มีการจัดอบรมในระดับนานาชาติ	4	
จัดทำหลักสูตรร่วมกันระหว่างประเทศ (4 คะแนน)		
หลักสูตรละ 2 คะแนน (ไม่เกิน 4 คะแนน)		
<b>Reference</b>	18	
14. มีการจัดทำฐานข้อมูลที่สำคัญ ที่สามารถนำไปใช้ในการอ้างอิง (6รายการ) ตามข้อ 1.5 (ต้องมีข้อมูลสำคัญอย่างน้อย 2 รายการ คือ ด้านระบาดวิทยา และด้านภาวะของโรค)	12	
มีข้อมูลสำคัญ 6 รายการ (12 คะแนน)		
มีข้อมูลสำคัญ 5 รายการ (10 คะแนน)		
มีข้อมูลสำคัญ 4 รายการ (8 คะแนน)		

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
มีข้อมูลสำคัญ 3 รายการ (6 คะแนน)		
มีข้อมูลสำคัญ 2 รายการ (4 คะแนน)		
มีข้อมูลสำคัญ 1 รายการ(จากด้านระบาดวิทยา และด้านภาระของโรค) (2 คะแนน)		
ยังไม่มีข้อมูลสำคัญ(0 คะแนน)		
15. มีบุคลากรที่ได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรของการประชุมที่จัดโดยองค์กรวิชาชีพหรือเป็นกรรมการในองค์กรวิชาชีพ	3	
ต่างประเทศ (3 คะแนน)		
ภายในประเทศ (2 คะแนน)		
16. เป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านวิชาการแพทย์ระดับหลังปริญญา	3	
ต่างประเทศ (3 คะแนน)		
ภายในประเทศ (2 คะแนน)		
<b>Policy Advocacy</b>	12	
17. มีการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	12	
ข้อเสนอแนะถูกนำไปกำหนดเป็นนโยบาย(12 คะแนน)		
มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จัดทำเป็น Policy Brief (เรื่องละ 8 คะแนน ไม่เกิน 12 คะแนน)		
มีการจัดทำเอกสาร ( white paper) (เรื่องละ 4 คะแนน ไม่เกิน 12 คะแนน)		
ยังไม่มี (0 คะแนน)		
<b>Network</b>	7	
18. มีการจัดทำเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการ/ข้อตกลงกับหน่วยงาน	7	
ระหว่างประเทศ มี MOU (7 คะแนน)		
ระหว่างประเทศ ไม่มี MOU(6 คะแนน)		
ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข มี MOU(5 คะแนน)		
ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ไม่มี MOU (4 คะแนน)		
ภายในกระทรวงสาธารณสุข มี MOU (3 คะแนน)		
ภายในกระทรวงสาธารณสุข ไม่มี MOU(2 คะแนน)		
ภายในกรมการแพทย์(1 คะแนน)		
ยังไม่มี (0 คะแนน)		
รวม	64	
คะแนนรวมทั้ง 3 ตอน / คิดเป็นร้อยละ	100	

# TIMELINE

คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
ประจำปีงบประมาณ  
พ.ศ. 2565

**กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน**  
ได้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อใช้เป็นคู่มือ  
ในการจัดเก็บและรายงานผลการดำเนินงาน  
ตามตัวชี้วัดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำ  
คำรับรองการปฏิบัติราชการของกลุ่มงาน /  
รายบุคคล

วันที่ 28 - 30 ธันวาคม 2564

1  
กลุ่มงานยุทธศาสตร์  
และแผนงาน **แจ้งเวียน**  
คำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
ประจำปีงบประมาณ  
พ.ศ. 2565



QR CODE  
คำรับรองการปฏิบัติราชการฯ

วันที่ 14 - 18 กุมภาพันธ์ 2565

3  
กลุ่มงานยุทธศาสตร์  
และแผนงาน รายงานผลการ  
ประเมินตนเอง **รอบ 6 เดือน**  
ผ่านระบบรายงานคำรับรอง ฯ  
กรมการแพทย์ (E-PA)

2

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด  
ส่งข้อมูลตัวชี้วัด  
พร้อมหลักฐานแนบ  
**รอบ 6 เดือน** มายังกลุ่มงาน  
ยุทธศาสตร์และแผนงาน

วันที่ 1 - 10 กุมภาพันธ์ 2565

วันที่ 1 - 10 สิงหาคม 2565

5  
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด  
ส่งข้อมูลตัวชี้วัด  
พร้อมหลักฐานแนบ  
**รอบ 12 เดือน** มายังกลุ่ม  
งานยุทธศาสตร์และแผนงาน

4

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด  
ส่งข้อมูลตัวชี้วัด  
พร้อมหลักฐานแนบ  
**รอบ 9 เดือน** มายังกลุ่มงาน  
ยุทธศาสตร์และแผนงาน

วันที่ 2 - 13 พฤษภาคม 2565

6

กลุ่มงานยุทธศาสตร์  
และแผนงาน รายงานผลการ  
ประเมินตนเอง **รอบ 12 เดือน**  
ผ่านระบบรายงานคำรับรอง ฯ  
กรมการแพทย์ (E-PA)

วันที่ 15 - 19 สิงหาคม 2565

THANKS.

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  
โทร. 1524, 3204



**กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน  
ภารกิจด้านอำนาจการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
โทรศัพท์ 02 202 6800 ต่อ 1524, 3204**

