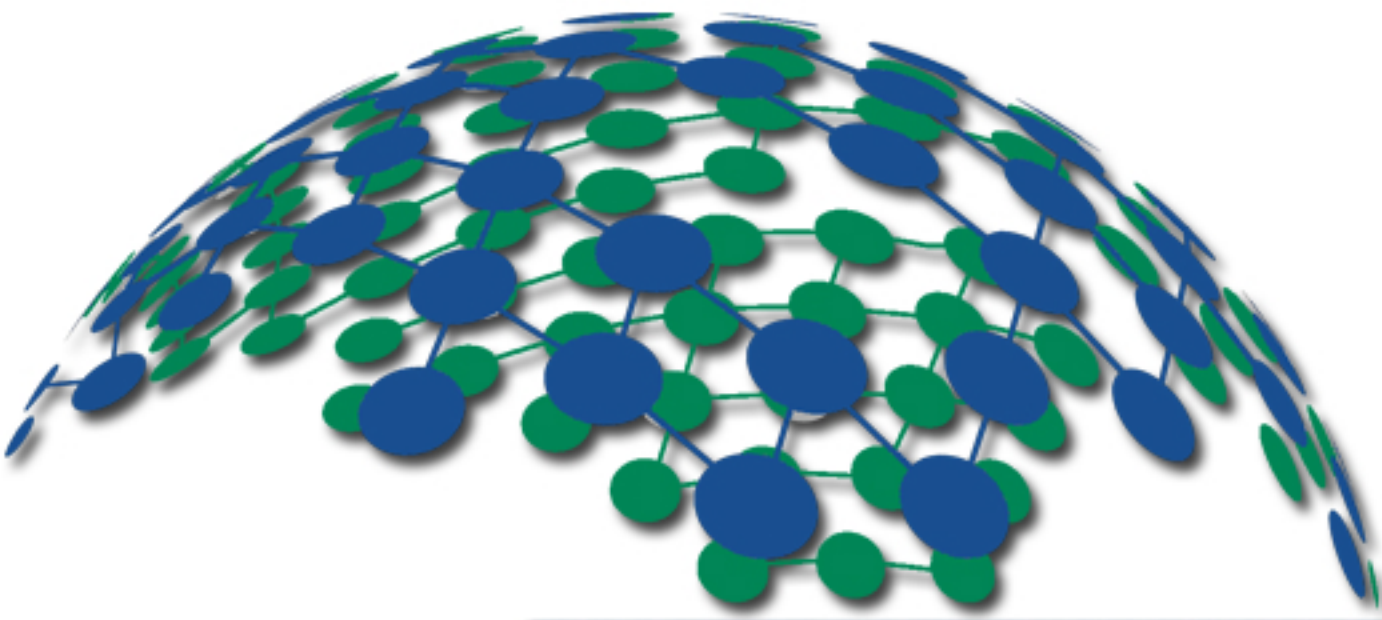




กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



คู่มือ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง
การปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์
พฤศจิกายน 2560

คำนำ

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 วรรค 3 และวรรค 4 บัญญัติว่า ในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งกรมการแพทย์ได้ยึดถือปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว โดยการวางระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ กำหนดให้มีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการตั้งแต่ระดับกรม ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 นี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยมติคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ได้จัดทำกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่สอดคล้องกับมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี Performance Agreement (PA) ของปลัดกระทรวง Performance Agreement (PA) ของอธิบดีกรมการแพทย์ ยุทธศาสตร์และพันธกิจของกรมการแพทย์ และได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมผู้บริหารกรมการแพทย์ครั้งที่ 10/2560 จึงได้ดำเนินการสื่อสารให้กับหน่วยงานในสังกัด โดยการจัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงาน และดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและกรมการแพทย์ต่อไป

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์
พฤศจิกายน 2560

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	5
ขั้นตอนและวิธีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ	8
ปฏิทินการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานระดับโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง	9
กรอบการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	10
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล	
1.1 ทิศทางงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์	12
1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	20
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)	
กรณีที่ 1 Policy Advocacy	21
กรณีที่ 2 Policy Advocacy Center of Excellence	
1.4 ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการและบริการ (Technical support) แก่เขตสุขภาพ	25
1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรา 44 / ภารกิจหลักของกรม / แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)	
1.5.1 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)	
1.5.2 Performance Agreement : PA อธิปไตยกรมการแพทย์	26
1.5.3 ตัวชี้วัดด้านยาเสพติด (HA ยาเสพติด)	
1.5.4 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)	
1.5.5 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน	
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ	
2.1 DMS smart services	50
2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน	51
2.3 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	52
2.4 ระดับความสำเร็จของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของราชการ	54
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ	
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	57
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ	59
3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	60

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ (ต่อ)	(ต่อ)
3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำเนิดผู้กักกันรายจ่ายลงทุน	62
3.5 ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ให้ถูกต้องและครบถ้วน	63
3.6 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน	64
3.7 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	67
3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินส่วนราชการตามมาตรการ ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) การลดใช้กระดาษในสำนักงาน	73
3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	77
3.10 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำ	79
3.11 ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน	80
3.11.1 ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน	
3.11.2 ร้อยละของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน	
มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร	
4.1 Digital DMS	84
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล	
4.2.1 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาบุคลากรกรมการแพทย์	85
4.2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ	87
4.2.3 ร้อยละความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER)	89
แบบสอบถามประกอบตัวชี้วัดที่ 4.2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผล การปฏิบัติราชการ	90

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

1. หลักการ/ที่มา

● มาตรา 3/1 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545

“การบริหารราชการตามพระราชบัญญัตินี้ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ การลดขั้นตอน การปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจาย อำนาจตัดสินใจ การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน ทั้งนี้โดยมี ผู้รับผิดชอบต่อผลของงานการจัดสรรงบประมาณ และการบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้าดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติ หน้าที่ต้องคำนึงถึงหลักการตามวรรคหนึ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การ เปิดเผยข้อมูลการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ตามความเหมาะสมของแต่ละภารกิจ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรานี้ จะตราพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ในการปฏิบัติราชการและการสั่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติก็ได้”

● พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546

มาตรา 6 การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

มาตรา 9(3) ส่วนราชการต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานที่ ก.พ.ร. กำหนด

มาตรา 12 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ก.พ.ร. อาจเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อกำหนดการกำกับการปฏิบัติราชการ โดยวิธีการจัดทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร หรือโดยวิธีการอื่นใด เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ

● ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ (พ.ศ.2556 - พ.ศ.2561) โดยสำนักงาน ก.พ.ร.

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561) จะเป็นกรอบทิศทางที่จะ กำหนดกลยุทธ์และมาตรการให้ระบบราชการไทยพร้อมรับการขับเคลื่อนประเทศให้บรรลุเป้าหมาย และ ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน มีการปรับสมดุลในการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นอย่างมีคุณภาพ มีการทำงาน แบบบูรณาการด้วยการใช้ยุทธศาสตร์ประเทศเป็นต้นนำ มีภูมิคุ้มกันที่ดีสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอก เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในทุก ๆ สถานการณ์ โดยมีเป้าประสงค์เชิง ยุทธศาสตร์ในการ “สร้างความเชื่อใจไว้วางใจ พัฒนาสุขภาวะ และมุ่งสู่ความยั่งยืน” และได้กำหนดยุทธศาสตร์การ พัฒนาระบบราชการไว้เป็น 3 หัวข้อ รวม 7 ประเด็น ดังนี้

ยกระดับองค์การสู่ความเป็นเลิศ

1. การสร้างความเป็นเลิศในการให้บริการประชาชน
2. การพัฒนาองค์การให้มีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย บุคลากรมีความเป็นมืออาชีพ
3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารสินทรัพย์ของภาครัฐให้เกิดประโยชน์สูงสุด
4. การวางระบบการบริหารงานราชการแบบบูรณาการ

พัฒนาอย่างยั่งยืน

5. การส่งเสริมระบบการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน
6. การยกระดับความโปร่งใสและสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาในการบริหารราชการแผ่นดิน

ก้าวสู่สากล

7. การสร้างความพร้อมของระบบราชการไทยเพื่อเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน

วัตถุประสงค์

- เพื่อวางระบบการติดตามประเมินผลโดยการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับองค์กรลงสู่ระดับหน่วยงาน จนถึงระดับบุคคล
- เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ระดับ โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง จัดทำการประเมินผล ตนเองตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ตามเกณฑ์ที่สำนักงาน ก.พ.ร. และคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการกรมการแพทย์กำหนด

2. กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ดำเนินการจัดทำคำรับรองและประเมินผลการปฏิบัติราชการภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้

<p>มิติที่ 1: ด้านประสิทธิผล แสดงผลงานที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนปฏิบัติราชการตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน</p>	<p>มิติที่ 2: ด้านคุณภาพการให้บริการ แสดงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ</p>
<p>มิติที่ 3: ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ แสดงความสามารถในการปฏิบัติราชการ เช่น การลดรอบระยะเวลาให้บริการ การบริหารงบประมาณ ประสิทธิภาพของการใช้พลังงาน เป็นต้น</p>	<p>มิติที่ 4 : ด้านการพัฒนาองค์กร แสดงความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรและการจัดการทุนด้านมนุษย์ เพื่อสร้างความพร้อมในการสนับสนุนแผนปฏิบัติราชการ</p>

องค์ประกอบของคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ระดับโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง ประกอบด้วย

➤ **การเจรจาข้อตกลงและประเมินผล**

- กรมการแพทย์ ได้มีคำสั่งที่ 725/2560 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2557 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี ของทั้งระดับกระทรวง กลุ่มภารกิจ ระดับกรมและหน่วยงาน และรายงานผลการพิจารณาให้ที่ประชุมกรมการแพทย์พิจารณาต่อไป

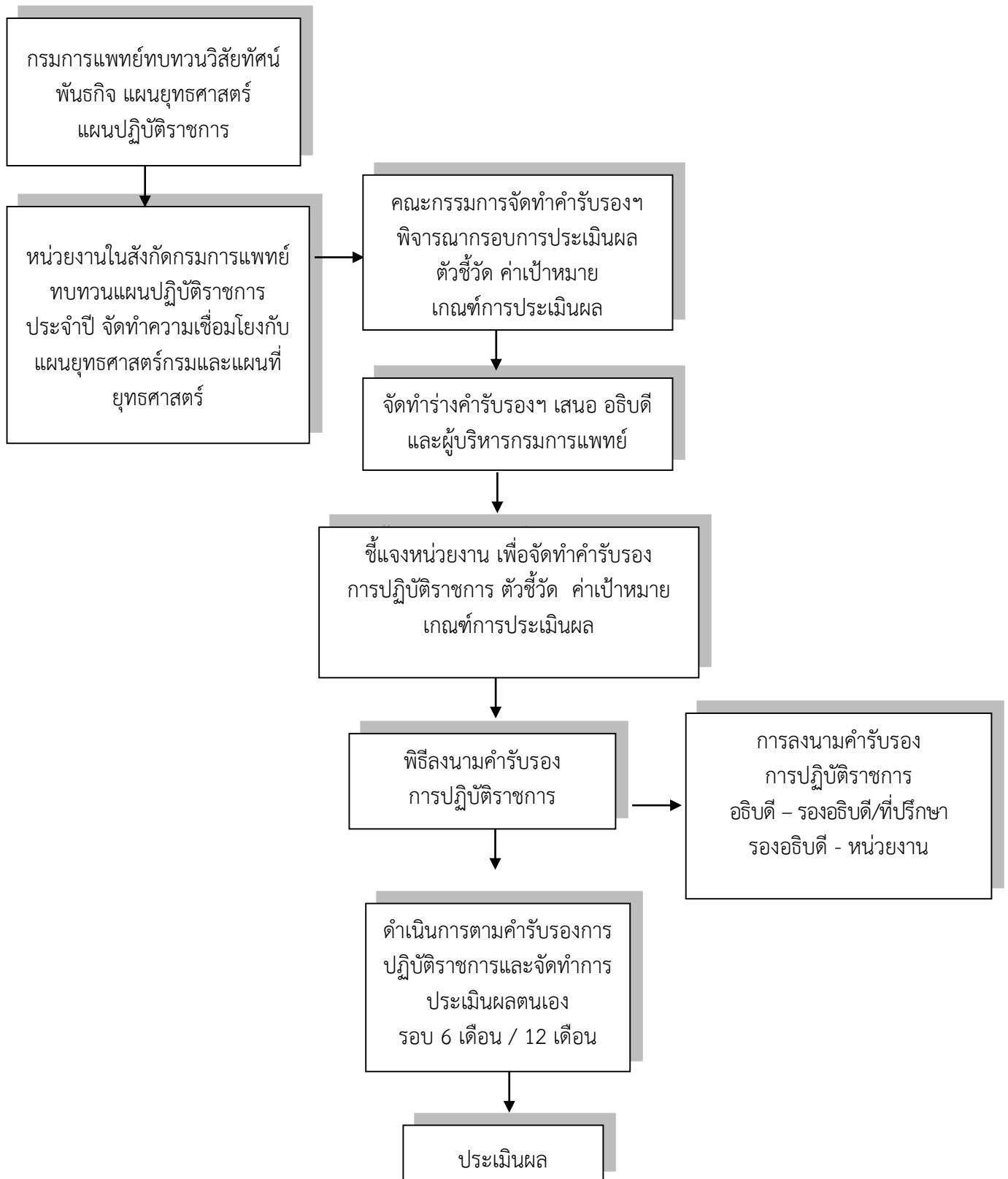
➤ **วิธีติดตามประเมินผล**

- ศึกษาจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานอ้างอิงของหน่วยงาน 3 ประเด็น
 - การส่งรายงานตรงเวลา
 - ความครบถ้วนของรายงาน
 - การตรวจสอบจากหลักฐานอ้างอิง
- จากการติดตาม สังเกต ของคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการชุดต่างๆ และความเห็นจากหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักของแต่ละตัวชี้วัด

➤ **เอกสารประกอบคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย**

- คู่มือลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
- คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง อธิบดีกรมการแพทย์ กับ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ตามคำสั่งกรมการแพทย์ เรื่องมอบหมายอำนาจและหน้าที่ให้ข้าราชการปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมการแพทย์ และกับที่ปรึกษากรมการแพทย์ ตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่มอบหมายให้ปฏิบัติ
- คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง รองอธิบดีกรมการแพทย์ กับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง ตามคำสั่งกรมการแพทย์
- ระยะเวลาของคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คือ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561
- แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map)
- รายละเอียดข้อตกลงในคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ นวัตกรรม ผลงานในอดีต เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน

ขั้นตอนและวิธีการในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ



ปฏิทินการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
ระดับโรงพยาบาล / สถาบัน / สำนัก / กอง

วันที่	กิจกรรมการดำเนินงาน
18 ตุลาคม 2560	ประชุมคณะกรรมการคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ เพื่อพิจารณากรอบ และหลักเกณฑ์ คำรับรองการปฏิบัติราชการระดับกรม และระดับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
พฤศจิกายน 2557	- เสนอกรอบการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี 2561 ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ต่อที่ประชุมกรมการแพทย์
	- นำส่งคู่มือการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี 2561
	- ชี้แจงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน และการใช้งานระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ ในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2561
17 พฤศจิกายน 2560	- หน่วยงานจัดทำรายละเอียด ตัวชี้วัด เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน
	- ตรวจสอบความเหมาะสม ค่าเป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน
17 พฤศจิกายน 2560	- พิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ระดับ หน่วยงานภายใน กรมการแพทย์ (ในที่ประชุมกรมการแพทย์)
1 - 15 เมษายน 2561	รายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 6 เดือน ผ่านระบบระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์
1 - 15 ตุลาคม 2561	รายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 12 เดือน ผ่านระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ส่วนราชการมีประเด็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ซึ่งมีน้ำหนักรวมร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มิติที่ 1 : มิติด้านประสิทธิผล กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 70

มิติที่ 2 : มิติด้านคุณภาพการให้บริการ กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 10

มิติที่ 3 : มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 15

มิติที่ 4 : มิติด้านการพัฒนาองค์กร กำหนดให้ตัวชี้วัดมีน้ำหนักรวมร้อยละ 5

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 70)	
1.1 ทิศทางงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์	20
1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	10
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) กรณีที่ 1 Policy Advocacy กรณีที่ 2 Policy Advocacy Center of Excellence	10
1.4 ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการและบริการ (Technical support) แก่เขตสุขภาพ	10
1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรา 44 /ภารกิจหลักของกรม/ แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) 1.5.1 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) 1.5.2 Performance Agreement : PA อธิบดีกรมการแพทย์ 1.5.3 ตัวชี้วัดด้านยาเสพติด (HA ยาเสพติด) 1.5.3.1 ร้อยละของสถานพยาบาลยาเสพติดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ 1.5.3.2 ร้อยละของสถานพยาบาลยาเสพติดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และยังคงรักษาสภาพ 1.5.4 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) 1.5.5 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน	20
หมายเหตุ : สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง มิติที่ 1 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 70) ให้กำหนดตัวชี้วัด จาก <u>ภารกิจหลัก / PA อธิบดี</u> ของแต่ละหน่วยงาน	
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 10)	
2.1 DMS smart services	4
2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน	2
2.3 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	2
2.4 ระดับความสำเร็จของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของราชการ	2

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 15)	
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	2
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ	1
3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	1
3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อหนี้ผูกพันรายจ่ายลงทุน	1
3.5 ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ให้ถูกต้องและครบถ้วน	1
3.6 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน	1
3.7 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	1
3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) การลดใช้กระดาษในสำนักงาน	1
3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	1
3.10 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำ	2
3.11 ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน	3
3.11.1 ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน	1.5
3.11.2 ร้อยละของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน	1.5
มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 5)	
4.1 Digital DMS	2
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล	3
4.2.1 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาศูนย์กลางกรมการแพทย์	1
4.2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ	1
4.2.3 ร้อยละความสุखและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER)	1
รวม	100

มิติที่ 1 ด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางการวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

น้ำหนัก : ร้อยละ 20

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์จึงจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ ประกอบกับรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบาย Thailand 4.0 และกรมการแพทย์ได้จัดทำและปรับแผนยุทธศาสตร์วิชาการกรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มียุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) การพัฒนาสร้างเสริมและเพิ่มศักยภาพด้านบริการและวิชาการให้ได้นั้น มีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาที่สำคัญ คือ หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจนวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญสามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพสามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ 1.1 : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 6 องค์ประกอบดังนี้

1. การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)
2. ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)
3. การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
4. ผลงานวิจัย (วช.) ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)
5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 5)
6. ผลกระทบของงานวิชาการที่มีคุณภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คำอธิบาย:

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

ทิศทางการงานวิชาการ (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็นรูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

แผนงานวิชาการ หมายถึง แผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่หน่วยงานรับผิดชอบ นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการวิชาการในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า และมีการติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางการงานวิชาการของหน่วยงาน แล้วนำมากำหนดศึกษา วิจัย ประเมินพัฒนางานวิชาการ เช่น โครงการวิจัยเดี่ยว หรือชุดโครงการวิจัย ที่มีความสัมพันธ์หรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีลักษณะบูรณาการ เป็นการวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาการ รวมทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงการพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) โดยงานวิชาการทั้งหมดเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะนำผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างชัดเจนตามแผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้น

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

1. ทิศทางการงานวิชาการเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการผลิตงานวิจัยทางการแพทย์ (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. วิสัยทัศน์ (2560-2564) และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 2 ของกรมการแพทย์ : แพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Health Personal Excellence)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ (Centers of Excellence)
4. แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

(น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

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

คำอธิบาย:

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

ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยมีการสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

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 ผลผลิตและงบประมาณเป็นระยะตามระบบที่กำหนด

- ผลงานวิชาการผ่านคณะกรรมการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ เพื่อเสนอของบประมาณผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งมีนัยว่าหน่วยงานมีการผลิตงานวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์
- สนับสนุนการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับ

- วิสัยทัศน์ (2560 -2564) และพันธกิจของกรมการแพทย์
- เป้าประสงค์ที่ 2 ของกรมการแพทย์ : แพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Health Personal Excellence)
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางกรมการแพทย์ (Centers of Excellence)
- แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์พ.ศ. 2560 - 2564
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและหน่วยงานอื่น
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอ ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 2 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 3 โครงการ)โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานเดิมแต่มีการปรับปรุงหรือเพิ่มการนำไปใช้ประโยชน์สามารถนำมาอ้างอิงต่อได้

คำอธิบาย:

ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัยนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่างๆ

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่มหรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัยการดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสุขภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทยโดยมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรคสารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิก เวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้นรวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนานำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ/หรือหน่วยงานอื่น และ/หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์

สอดคล้องกับ

1. พันธกิจที่ 1 ของกรมการแพทย์ : ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ
2. เป้าประสงค์ที่ 3 ของกรมการแพทย์ : สถาบันของกรมการแพทย์มีความเป็นเลิศทางวิชาการที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ
3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์สู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

องค์ประกอบที่ 4 ผลงานวิจัย (วช.) ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2560)
2	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2561 นับโครงการต่อเนื่องได้)
3	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2562)
4	โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก(วช.) และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์หรือจากแหล่งทุนอื่น
5	โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก(วช.) และได้รับงบประมาณสนับสนุน ดำเนินการได้ ผลงานตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในโครงการ/โครงการวิจัย และรายงานการวิจัยอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมกับกลุ่มเป้าหมาย (นับทุกเรื่อง)

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนนการเผยแพร่ผลงานวิจัย
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 Gr 1)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา)

คำอธิบาย:

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

สอดคล้องกับ

- 1) พันธกิจที่ 4 ของกรมการแพทย์ : บริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิและสูงกว่าอย่างได้มาตรฐานในระดับสากล
- 2) เป้าประสงค์ที่ 3 ของกรมการแพทย์ : หน่วยของกรมการแพทย์มีความเป็นเลิศทางวิชาการที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

องค์ประกอบที่ 6 ผลกระทบของงานวิชาการที่มีคุณภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการมีผลกระทบต่อแผนก/สถาบัน/หน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการมีผลกระทบต่อหน่วยงานในกรมการแพทย์
3	ผลงานวิชาการมีผลกระทบต่อหน่วยงานนอกกรมการแพทย์
4	ผลงานวิชาการมีผลกระทบต่อเขตสุขภาพ
5	ผลงานวิชาการมีผลกระทบระดับประเทศ

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการที่นำมาวิเคราะห์สามารถใช้องานย้อนหลัง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2558 – 2560)

การประเมินผลกระทบของงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพ ผลกระทบด้านสุขภาพต้องแสดงให้เห็นถึงการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล หรือ การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ ทั้งนี้รวมถึงงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ส่งผลกระทบด้านสังคมหากคิดว่ามีนัยสำคัญ (qualitative and quantitative reporting if deemed significant) ทั้งนี้การวิเคราะห์ผลกระทบเน้นการนำไปใช้ประโยชน์เชิงพื้นที่และได้รับการยอมรับจนนำไปใช้ประโยชน์ขยายวงกว้าง

การคำนวณ

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

หน่วยงาน ก มีคณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงาน
วิชาการของหน่วยงาน ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 1 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.2 = 0.6$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

หน่วยงาน ก มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ มีกลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ จัดทำเกณฑ์
การประเมินภาระงาน และมีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตาม

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 2 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ = $4 \times 0.15 = 0.6$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการที่นำไปใช้ประโยชน์ และนำเสนอผู้บริหาร และผลงานวิชาการนำไป
พัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 3 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.25 = 0.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 ผลงานวิจัย (วช.) ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

หน่วยงาน ก มีโครงการวิจัยของงบประมาณ วช. ของปี 2560 ปี 2561 และปี 2562 อย่างน้อยปีละ 1
โครงการ และโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก วช. ได้รับงบประมาณสนับสนุน

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 4 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ = $4 \times 0.15 = 0.6$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 5)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานและหน่วยงานอื่น มีผลงานนำเสนอใน
ที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ และได้ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ อย่าง
น้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 5 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ = $4 \times 0.05 = 0.2$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 ผลกระทบของงานวิชาการที่มีคุณภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการที่มีผลกระทบต่อหน่วยงานตนเอง และหน่วยงานอื่นทั้งในและนอก
สังกัดกรมการแพทย์

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 6 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.2 = 0.6$ คะแนน

สรุปผลรวมของคะแนนของหน่วยงาน ก.

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางการวิชาการเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

(น้ำหนัก : ร้อยละ 20) คำนวณจาก

คะแนนองค์ประกอบที่ 1 + คะแนนองค์ประกอบที่ 2 + คะแนนองค์ประกอบที่ 3 + คะแนนองค์ประกอบที่ 4 + คะแนนองค์ประกอบที่ 5 + คะแนนองค์ประกอบที่ 6 เป็นผลลัพธ์เท่าใด แล้วนำไปเทียบกับตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

กรณีตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{ผลรวมคะแนนทั้ง 6 องค์ประกอบ} &= 0.6 + 0.6 + 0.75 + 0.6 + 0.2 + 0.6 \\ &= 3.35 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

นำผลรวมของคะแนนที่ได้เทียบตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ (ดังตาราง) เป็นระดับความสำเร็จ

สรุปตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางการวิชาการเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ ของหน่วยงาน ก ผลรวมของคะแนนทั้ง 6 องค์ประกอบได้เท่ากับ 3.35 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
- อาจมีการปรับน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบในปีต่อไปเพื่อความเหมาะสมในการพัฒนาความก้าวหน้าและผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6270

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวรณนุตรา อรุณรัตน์โชติ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6384

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง การศึกษาเชิงนโยบายโดยพิจารณาองค์ประกอบด้านต่างๆ อาทิความปลอดภัย (safety) สมรรถนะ (efficacy) ประสิทธิภาพ (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) นัยทางจริยธรรมและกฎหมาย (ethical and legal implication) ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้เหมาะสมตามสถานการณ์หนึ่งๆ

การดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง หน่วยงานได้มีการกำหนดประเด็น/หัวข้อเรื่องในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงนโยบายประกอบการตัดสินใจผู้กำหนดนโยบาย / ผู้บริหารทั้งในระดับหน่วยงาน / กรม / ประเทศเพื่อให้เกิดการเลือกใช้จัดหาเทคโนโลยีทางการแพทย์และจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและคุ้มค่าทั้งยังช่วยในการตอบคำถามที่เกี่ยวกับการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ

การเผยแพร่อย่างเหมาะสม หมายถึง การนำองค์ความรู้จากการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์นำเสนอในที่ประชุมวิชาการหรือเผยแพร่ทางเอกสารเว็บไซต์หรือตีพิมพ์ในวารสารระดับสถาบันหรือกลุ่มวิชาชีพเฉพาะระดับชาติหรือนานาชาติ

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	กำหนดประเด็น/หัวข้อเรื่องการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และได้รับอนุมัติดำเนินการ
2	ดำเนินการสืบค้นข้อมูล/เก็บข้อมูล ตามแผนงานในโครงการ
3	วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย
4	จัดทำรายงาน/ ต้นฉบับ/ บทคัดย่อ
5	นำเสนอต่อผู้บริหารประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและเผยแพร่อย่างเหมาะสม

แนวทางการประเมินผล

- รายการผลงานการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดำเนินการเสร็จสิ้น
- รายงานผลการดำเนินการรอบ 6,12 เดือน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6245

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางอรุณี ไทยะกุล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6394

ตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

กรณีที่ 1 ระดับความสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)

คำอธิบาย :

นโยบาย หมายถึง แนวทาง กฎเกณฑ์ วิธีการ กลยุทธ์ กลวิธี ที่กำหนดขึ้นเป็นเครื่องมือเครื่องใช้ที่จะทำให้เกิดถึงแนวทางการปฏิบัติหรือเป็นตัวชี้นำ อันจะนำไปสู่การดำเนินงาน การบริหารงานที่มีเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเหมาะสม โดยเกิดจากความต้องการของรัฐหรือหน่วยงานที่ผู้บริหารสูงสุดมองเห็นผลสำเร็จของนโยบายว่าหากปฏิบัติแล้วจะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่อนาคตที่ดีกว่าในปัจจุบัน ตัวชี้วัดนี้จึงแสดงถึงผลสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) โดยใช้กระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการพัฒนางานที่ดำเนินการอยู่ให้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอแนะนั้นเป็นในรูปแบบของ **White paper** และต้องเป็นข้อเสนอที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไม่เป็นข้อเสนอที่เป็นแผนปฏิบัติการในประเด็นเล็กๆ น้อยๆ จึงควรประกอบด้วยปัจจัยสำคัญคือ ข้อมูลและความรู้ที่ดี และกระบวนการวางแผนงานนโยบายที่ดี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรรวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่จะผลักดันนโยบายนั้นให้ที่ยอมรับและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนจนถึงการเป็นนโยบายระดับชาติต่อไป

White paper หมายถึง เอกสารที่รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence based) ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพัฒนาต่อเป็น policy brief เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา เครื่องชี้วัดภาวะโรค กิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาและความคุ้มค่าของกิจกรรม ระบบข้อมูล และการติดตาม คุณภาพการบริการ และข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับความสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับหน่วยงาน
2	มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง
3	กำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
4	มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
5	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรูปแบบ White paper

แนวทางการประเมินผล :

- ระยะเวลา/ความถี่ รายงานความก้าวหน้าทุก 3 เดือน ส่งสำนักวิชาการแพทย์

หมายเหตุ : หน่วยงานที่ต้องจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)

- หน่วยงานในส่วนภูมิภาคทุกหน่วยงาน ยกเว้น โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์
- เป้าหมาย 6 เดือน เกณฑ์ควรอยู่ระดับคะแนน 2

คำอธิบายระดับคะแนน

ระดับคะแนน 1 มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับหน่วยงาน

หมายความว่า คณะกรรมการระดับหน่วยงานซึ่งมีประธานหรือที่ปรึกษาเป็นผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จะร่วมพิจารณาและให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการวางแผนหรือดำเนินการในการจัดทำข้อเสนอแนะในส่วนองค์ประกอบอื่นขอให้ครบตามกระบวนการของการจัดตั้งคณะกรรมการโดยทั่วไป

ระดับคะแนน 2 มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง

หมายความว่า การทบทวน ศึกษาข้อมูล ผลการดำเนินงานนั้นควรมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์หรืองานการแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่หน่วยงานมีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์/สังเคราะห์ส่วนที่ขาด (Gap) ว่าที่ผ่านมานโยบายหรือการดำเนินงานนั้นๆผลเป็นอย่างไร ส่วนใดที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

ระดับคะแนน 3 กำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หมายความว่า หัวข้อหรือชื่อนโยบายที่ต้องการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนั้นต้องชัดเจนเข้าใจง่ายสะท้อนความเป็นเลิศทางการแพทย์/ปัญหาสุขภาพที่สำคัญควรได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ต้องมีกระบวนการและวิธีการดำเนินงานที่เป็นแผนปฏิบัติการในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนั้นๆ

ระดับคะแนน 4 มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

หมายความว่า รายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จัดทำขึ้นต้องมีกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้ว่าทำได้จริงหรือมีแนวปฏิบัติที่สามารถดำเนินการได้โดยมีผู้รับผิดชอบติดตามผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน

ระดับคะแนน 5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรูปแบบ White paper

หมายความว่า เอกสาร รายงานผลสรุปการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำเสนอต่อผู้บริหาร

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักวิชาการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6227

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศิวาพร สังรวม

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6146

กรณีที่ 2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) Center of Excellence

คำอธิบาย :

“นโยบาย” หมายถึง แนวทาง กฎเกณฑ์ วิธีการ กลยุทธ์ กลวิธี ที่กำหนดขึ้นเป็นเครื่องมือเครื่องใช้ที่จะทำให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติหรือเป็นตัวชี้นำ อันจะนำไปสู่การดำเนินงาน การบริหารงานที่มีเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเหมาะสม ของหน่วยงานที่เป็น **Center of Excellence** โดยเกิดจากความต้องการของรัฐหรือหน่วยงานที่ผู้บริหารสูงสุด องค์กรที่เกี่ยวข้อง มองเห็นผลสำเร็จของนโยบายว่า หากปฏิบัติแล้วจะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่อนาคตที่ดีกว่าในปัจจุบัน ตัวชี้วัดนี้จึงแสดงถึง ผลสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) Center of Excellence โดยใช้กระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการที่จะพัฒนางานที่ดำเนินการอยู่ให้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอแนะนั้นต้องเป็นข้อเสนอที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไม่เป็นข้อเสนอที่เป็นแผนปฏิบัติการในประเด็นเล็กๆ น้อยๆ จึงควรประกอบด้วยปัจจัยสำคัญคือ ข้อมูลและความรู้ที่ดี และกระบวนการวางแผนงานนโยบายที่ดี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรรวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่จะผลักดันนโยบายนั้นให้ยอมรับและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนจนถึงการเป็นนโยบายระดับชาติต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับความสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) Center of Excellence แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
2	มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้องและกำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
3	มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
4	มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรูปแบบเอกสารนโยบายโดยสังเขป (Policy Brief)
5	มีการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการประเมินผล

- ระยะเวลา/ความถี่ รายงานความก้าวหน้าทุก 3 เดือน ส่งสำนักวิชาการแพทย์
- เป้าหมาย 6 เดือน เกณฑ์ควรอยู่ระดับคะแนน 2

หมายเหตุ : หน่วยงานที่ต้องจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) Center of Excellence

- หน่วยงานในส่วนกลางทุกหน่วยงาน รวมทั้ง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์

คำอธิบายระดับคะแนน

คำอธิบายระดับคะแนน

ระดับคะแนน 1 มีการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
หมายความว่า คณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติให้กรมการแพทย์จัดทำ
คำสั่งซึ่งมีทั้งสิ้น 15 ด้าน คือ ด้านอาชีวเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านจักษุวิทยา ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านโรค
เกี่ยวกับข้อและกระดูก ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
ด้านทันตกรรม ด้านระบบประสาท ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและด้านโรคเด็ก ที่จะ
ร่วมพิจารณาและให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการวางแผนหรือดำเนินการในการจัดทำข้อเสนอแนะนั้นๆ

ระดับคะแนน 2 มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้องและกำหนดหัวข้อเรื่อง/วาง
รูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หมายความว่า การทบทวน ศึกษาข้อมูล ผลการดำเนินงานนั้นควรมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทาง
การแพทย์(Center of Excellence) หรืองานการแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญเพื่อวิเคราะห์/สังเคราะห์ส่วนที่ขาด
(Gap) ว่าที่ผ่านมานโยบายหรือการดำเนินงานนั้นๆผลเป็นอย่างไร ส่วนใดที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุง
ให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ซึ่งหัวข้อหรือชื่อนโยบายที่ต้องการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนั้นต้องชัดเจนเข้าใจง่าย
สะท้อนความเป็นเลิศทางการแพทย์/ปัญหาสุขภาพที่สำคัญควรได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ต้องมีกระบวนการ
และวิธีการดำเนินงานที่เป็นแผนปฏิบัติการในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนั้นๆ

ระดับคะแนน 3 มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ
หรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

หมายความว่า รายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จัดทำขึ้นต้องมีกระบวนการได้มาซึ่ง
ข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้ว่าทำได้จริงหรือมีแนวปฏิบัติที่สามารถดำเนินการได้โดยมีผู้รับผิดชอบติดตามผล
การดำเนินงานอย่างชัดเจน

ระดับคะแนน 4 มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรูปแบบเอกสารนโยบายโดยสังเขป(Policy Brief)

หมายความว่า เอกสารที่ใช้เป็นสื่อให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะทางนโยบาย ต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเชิง
นโยบาย (Policy maker) พร้อมด้วยข้อมูลที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือ

ระดับคะแนน 5 มีการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข

หมายความว่า การนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการการแพทย์
ระดับชาติเสนอเข้าสู่การประชุมผู้บริหารในระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักวิชาการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6227

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศิวาพร สัจรวม

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6146

ตัวชี้วัดที่ 1.4 ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการสนับสนุนวิชาการและบริการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

เครือข่ายเขตสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์เฉพาะทาง และสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในสาขาที่ได้รับการพัฒนาโดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

วิชาการ และบริการ หมายถึง ภารกิจประจำของสถาบัน โรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับ COE (centers of excellence) หรืองานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ที่โรงพยาบาลสถาบันรับผิดชอบ ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉินสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ สาขาโรคแม่เรื้อรัง สาขาทารกแรกเกิด สาขา Palliative Care สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Stroke/COPD) สาขาตาสาขาไตและปลูกถ่ายอวัยวะ สาขายาเสพติด สาขาสูติกรรม สาขา One Day Surgery (ODS) สาขา Sepsis และสาขา Capture the fracture สาขาการดูแลระยะกลาง(Intermediate Care) เป็นต้น

สนับสนุนวิชาการและบริการ หมายถึง กิจกรรมที่สถาบัน โรงพยาบาล หน่วยงานสนับสนุนกรมการแพทย์ ได้ดำเนินการให้แก่สถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์งานวิจัยที่หน่วยงานกรมการแพทย์มีความเชี่ยวชาญ การสนับสนุนสื่อวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ และการสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่เขตสุขภาพ เป็นต้น

เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน วัดที่ระดับ 2

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการศึกษาความต้องการด้านวิชาการของเครือข่ายเขตสุขภาพ
2	มีการจัดทำแผนงาน/โครงการตอบสนองความต้องการของเครือข่ายเขตสุขภาพ
3	จัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการของเครือข่ายเขตสุขภาพไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 50
4	จัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการของเครือข่ายเขตสุขภาพไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 55
5	จัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการของเครือข่ายเขตสุขภาพไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60

แนวทางการประเมินผล

รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรอบ 6,12 เดือน สิ้นสุด ภายใน 30 กันยายน 2561

ส่งสำนักนิเทศระบบการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักนิเทศระบบการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6330

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6329

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.1 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2560 ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและ
อื่นๆ ให้ทุกส่วนราชการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงการทำงานภายในหน่วยงานของตนให้มีประสิทธิภาพมาก
ยิ่งขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 งานหรือกิจกรรมโดยเฉพาะงานบริการประชาชน เช่นการลดปริมาณเอกสาร
การลดใช้พลังงาน การลดขั้นตอนการทำงานหรือปริมาณงานที่ซ้ำซ้อน การบูรณาการความร่วมมือระหว่าง
หน่วยงาน การแก้ไขปัญหาทุจริต การเพิ่มการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน และกำหนดแนวทางการ
รายงานความคืบหน้าและตัวชี้วัดประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ส่วนราชการรายงานผลทุกเดือน

ตามกรอบการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติ
ราชการ (มาตรา 44) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
และการพัฒนานวัตกรรม ตัวชี้วัดที่ 4.2 การพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ให้ส่วนราชการดำเนินการ
พัฒนาปรับปรุงการทำงานภายในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จำนวน 12 โครงการ ภายใต้ 5 ประเด็น
ดังนี้

1. การเพิ่มการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน
2. การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน/ภาคส่วนอื่น
3. การป้องกัน/แก้ไขปัญหาด้านทุจริต
4. การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
5. การประหยัดทรัพยากร

โดยให้จัดทำแผนปฏิบัติการและรายงานความก้าวหน้าทุกเดือน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	กำหนดประเด็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
2	จัดทำแผนการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ส่งให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ภายใน วันที่ 14 พฤศจิกายน 60
3	ดำเนินการตามแผนการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
4	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานทุกเดือน
5	สรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร

แนวทางการประเมินผล :

- รายงานความก้าวหน้าทุกเดือน ส่ง กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

หมายเหตุ : หน่วยงานที่ต้องจัดทำตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44)

1. โรงพยาบาลราชวิถี
2. โรงพยาบาลเลิดสิน
3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6135

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัลยณัฐ วังษ์ขุนไกล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6136

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2 Performance Agreement : PA อธิปไตยกรมการแพทย์

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

น้ำหนัก : ร้อยละ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)

1.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการ
รักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)

คำอธิบาย :

ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกลายพันธุ์ (Fragility fracture) ทุกราย
กลายพันธุ์ (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือ
เทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลัง

กระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสัน
หลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า)
จากกลายพันธุ์ไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Capture the
fracture โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the
fracture เป็นต้น

การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง
หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

1. Femoral neck fracture S72.000-.019

2. Intertroch S72.100-101, S72.110-111

3. Subtroch S72.20, 21

กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น

กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

1. Compression spine S22, S32

2. Distal radius S52

3. Ankle M80

4. Distal femur S72

5. Plateau S82

6. Proximal humerus S42

ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสเหตุการณ์ด้วยรหัส

1. THA 81.51
2. Partial hip replacement 81.52
3. Fixation 79.15, 79.35
4. Open reduction femur 79.25
5. Close reduction 79.05
6. Fixation 78.55

เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Capture the fracture ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น จัดตั้งทีม Capture the fracture

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1. Refracture < ร้อยละ 30 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป		1. Refracture < ร้อยละ 30 2. ผ่าตัดแบบ Early surgery > ร้อยละ 50 ขึ้นไป 3. จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด (รวม 13 เขต)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงค์ หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรศัพท์มือถือ : 0891128899 โทรสาร : 02-3539-845 E-mail : somsakortho@gmail.com สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 0-2965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบบ HDC)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นพ.สมศักดิ์ ลีเซววงค์ หัวหน้าศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ รพ.เลิดสิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3539-844 โทรศัพท์มือถือ : 0891128899 โทรสาร : 02-3539-845 E-mail : somsakortho@gmail.com สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ นพ.ภัทรวิมล อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 0-2965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร 0-2591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2 Performance Agreement : PA อธิปไตยกรมการแพทย์

1.5.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

(2.1) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

น้ำหนัก : ร้อยละ

2.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$

2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

2.3.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

คำอธิบาย :

1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)

2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่น่าผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อ เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อ เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้ หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	80	-	80

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- | | |
|--|--|
| 1. นพ.วีรภูมิ อิมสำราญ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2026800
โทรสาร : 02-3547036 | ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทรศัพท์มือถือ : 081-8130123
E-mail : armohmy@yahoo.com |
|--|--|

กรมการแพทย์

- | | |
|---|---|
| 2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357
โทรสาร : 02-9659851 | รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
E-mail : pattarawin@gmail.com |
|---|---|

กรมการแพทย์

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

- | | |
|---|---|
| 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357
โทรสาร : 02-9659851 | รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
E-mail : pattarawin@gmail.com |

กรมการแพทย์

**ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน**

1. นพ.พัทธวินท์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357 โทรศัพท์มือถือ : 081 935 7334
โทรสาร : 0 2965 9851 E-mail : pattarawin@gmail.com

กรมการแพทย์

2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499
โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com

สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

(2.2) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

คำอธิบาย :

ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทําให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับสายตา
แยกว่า 20/400

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034- 225818 ต่อ 7172 โทรศัพท์มือถือ : 061-4261532
โทรสาร :034-225421 E-mail : warroph@gmail.com
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน

1. นพ.ภัทรวิวัฒน์ อัตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิตยเวชระบบการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร : 02-9659851 E-mail : pattarawin@gmail.com กรมการแพทย์

2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906352 โทรศัพท์มือถือ : 085-9594499
โทรสาร : 02-5918279 E-mail : moeva_dms@yahoo.com
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2 Performance Agreement : PA อธิบดีกรมการแพทย์

(3) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (บสต.ติดตาม)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่าย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
70	70	70

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
66	68	70	72	74

- ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
1. นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
มือถือ 086-3316106
 2. พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนนี
มือถือ 089-1403884
 3. นพ. อัครพล ศุภสาตรา รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข
มือถือ 081-5954450

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง) กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน**

1. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักบริหารการสาธารณสุข
2. นางระเปียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. นางไพวัล อัจหาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2 Performance Agreement : PA อธิปไตยกรมการแพทย์

(4) ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกันเป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อนสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน**)

เนื่องจากค่านิยมของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้ความจำกัดความ ได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อน กับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการบทเรียนจากต่างประเทศและ best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเต็มช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา จึงเริ่มต้นจากกลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ทั้งบริบทด้านการบริหารจัดการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบรรเทาได้ด้วยแผนการดูแลและกิจกรรมในการดูแลระยะกลาง

* ตามมาตรฐานและหลักวิชาการทางการแพทย์หรือความเห็นของแพทย์

** พิจารณาจากระยะเวลาที่เหมาะสมตามหลัก intensive rehabilitation, บทเรียนจากการพัฒนาในต่างประเทศและ best practice บางกล้า, หาดใหญ่, สระบุรี

รายการข้อมูล 1	A หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง
รายการข้อมูล 2	B จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	5%	-	10%

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ธงชน เพิ่มภคศรี ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
โทรศัพท์มือถือ : 081-7751555 E-mail : thongtana.p@dms.mail.go.th
สถานที่ทำงาน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 081-9230536 E-mail : Peed.pr@gmail.com

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร 0 – 2965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน

1. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901642 E-mail : kaonaina@gmail.com
กองบริหารการสาธารณสุข
2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร 0 – 2965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com
3. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499
โทรสาร 0 – 2591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2 Performance Agreement : PA อธิบดีกรมการแพทย์

(5) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาล
ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย

1. Inguinal hernia , Femoral hernia
2. Hydrocele
3. Hemorrhoid
4. Vaginal bleeding
5. Esophagogastric varices
6. Esophageal stricture
7. Esophagogastric cancer with obstruction
8. Colorectal polyp
9. Common bile duct stone
10. Pancreatic duct stone
11. Bile duct stricture
12. Pancreatic duct stricture

รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 15	-	ร้อยละ 15

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ทวี รัตนชูเอก โรงพยาบาลราชวิถี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-2354-8077 โทรศัพท์มือถือ : 081-8145705
โทรสาร 0-2354-8146 E-mail : thawee1958@gmail.com
2. นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-235000 โทรศัพท์มือถือ : 081-9674148
โทรสาร 044 – 235388 E-mail : taweechai1@hotmail.com
3. นพ.วิบูลย์ ภัณฑติกรณ์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 034-587800 โทรศัพท์มือถือ : 081-9417746
โทรสาร 034 – 511507 E-mail : wibunphantha@yahoo.com

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล
(ระดับส่วนกลาง)

1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร 0 – 2965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน

1. นพ.ภัทรวินต์ อดิตะสาระ
รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334
โทรสาร 0 – 2965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com
2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์กรมการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499
โทรสาร 0 – 2591-8279 E-mail : eva634752@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.2 Performance Agreement : PA อธิปไตยกรมการแพทย์

(7) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
(ทั้งที่ ER และ Admit)

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ECS: Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)
หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะ
ทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึง
โรงพยาบาล(EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน(ER)การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การ
จัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข(Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือการพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ(Chain of Quality)” ได้แก่
EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต
(Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์

- 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
- 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 และ 2
“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to
Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

รายการข้อมูล 1	มาตรฐาน 43 เพิ่มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 2	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้อง
ฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ระบบข้อมูล - มี National Triage - จัดทำคู่มือ ER คุณภาพและความปลอดภัย(ER Safety Goals) - ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) - จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน - สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาห้องฉุกเฉิน	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไปส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 40 2. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 40 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 40	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไปส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 60 2. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 60 - จำนวนของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ 70 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไปส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 80 2. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 80 3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 : โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่

- 1.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
- 1.2 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
- 1.3 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
- 1.4 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
- 1.5 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
- 1.6 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- 1.7 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
- 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด
- 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง

- 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต
- 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต
- 2.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148
E-mail : mertthailand@gmail.com / leip.dms@gmail.com

กรมการแพทย์

2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103 โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886
โทรสาร : 035-242182 E-mail : rattapong.b@gmail.com

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

3. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ
โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769 โทรสาร : 037-211297
E-mail : beera024@gmail.com

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

4. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
โทรศัพท์มือถือ : 081-6400614

โรงพยาบาลราชวิถี

5. นพ.สัจจะ ชลิตาภรณ์ โทรศัพท์มือถือ : 095-9254656
E-mail : tsenjoyme@gmail.com

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

6. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310
E-mail : k.yothasamutr@gmail.com

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน

7. นางธันณ์จิรา ธนาศิริรัชพันธ์ รองผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์
โทรศัพท์มือถือ : 085-4881669 E-mail : thunjira.t@niems.go.th

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

1. นพ.กิตติพงษ์ สัตยชาติวิรุฬห์ ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน
โทรศัพท์มือถือ : 081-2554711 Email : dr_nok@yahoo.com

2. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน
โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 Email: soontornchin@gmail.com

3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148
E-mail : mertthailand@gmail.com / leip.dms@gmail.com

กรมการแพทย์

4. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925
โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com

กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์

5. นางพรทิพย์ บุณนาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : 081-9241771 Email: pherex099@gmail.com

สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

**ผู้รับผิดชอบการรายงาน
ผลการดำเนินงาน**

1. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286 โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148
E-mail : mertthailand@gmail.com / leip.dms@gmail.com

กรมการแพทย์

2. นางนริศรา แย้มทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906285 โทรศัพท์มือถือ : 081-9883925
โทรสาร : 02-5918276 E-mail : narissara.yamsub@gmail.com

กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์

3. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ รองผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน
โทรศัพท์มือถือ : 081-6606069 Email: soontornchin@gmail.com

สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

4. นายโสรัจจะ ชูแสง หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ
โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669 Email : sorajja.c@niems.go.th

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.3 ตัวชี้วัดด้านยาเสพติด

(1) ร้อยละของสถานพยาบาลยาเสพติดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย : HA ยาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด
ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดทั้งในหน่วยงาน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงฯ เพื่อให้มีรูปแบบและสามารถให้บริการ
บำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสม สามารถสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ
และมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้เสพ/ผู้ติดยาเส
ติดเพื่อให้เป็นพลังสำคัญของแผ่นดินในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

การติดตามนิเทศเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทุกระบบทั่ว
ประเทศ เป็นกลไกในการติดตามกำกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานบำบัดทั่ว
ประเทศให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด (HA ยาเสพติด) ตลอดจนสนับสนุนและ
กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของสถานบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลการประเมิน	72	74	76	78	80

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช
ชนนี

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิภาวัล บุญทัตถม

เบอร์ติดต่อ : 02 531 0081 ต่อ 504

1.5.3 ตัวชี้วัดด้านยาเสพติด

(2) ร้อยละของสถานพยาบาลยาเสพติดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และยังคงรักษาสภาพ

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติดทั้งในหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงฯ เพื่อให้มีรูปแบบและสามารถให้บริการ บำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสม สามารถสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้เป็นพลังสำคัญของแผ่นดินในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

การติดตามนิเทศเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทุกระบบทั่วประเทศ เป็นกลไกในการติดตามกำกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานบำบัดทั่วประเทศให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด (HA ยาเสพติด) ตลอดจนสนับสนุนและ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของสถานบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลการประเมิน	67	69	71	73	75

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิภาวัล บุญทัตถม

เบอร์ติดต่อ : 02 531 0081 ต่อ 504

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.4 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

(1) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาตามขั้นตอนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ตัวชี้วัดนี้แสดงถึงศักยภาพของสถานบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่พัฒนาคุณภาพตนเอง
ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพฉบับปีกัญญาภิเชก (HA) หรือมาตรฐานฉบับ
ฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลโดยการควบคุมกำกับจากสถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผ่านขั้นได้ขั้นที่ 1 หมายถึง สถานบริการได้รับการเข้าเยี่ยมให้คำปรึกษาและผ่านเกณฑ์การประเมิน
ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดไว้

ผ่านขั้นได้ขั้นที่ 2 หมายถึง สถานบริการที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากขั้นได้ขั้นที่ 1 สามารถ
วิเคราะห์เป้าหมายของงานและวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ

ผ่าน HA หมายถึง สถานบริการได้รับการพัฒนา มีการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลอย่าง
ครบถ้วน

ผ่าน Re-Accredit หมายถึง สถานบริการที่ผ่านการรับรอง HA เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนน : วัดผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนที่มีระดับ คะแนน 2 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลการประเมิน	ไม่ผ่าน/ไม่สำเร็จ	-	-	-	ผ่าน/สำเร็จ

แนวทางการประเมินผล:

- หน่วยงานต้องแสดงหลักฐานว่ามีการพัฒนาตามเงื่อนไขของ พ.ร.พ. อย่างต่อเนื่อง
วัดผลจากใบประกาศของ พ.ร.พ. ที่กำหนดวัน เวลา ที่หมดอายุ

หมายเหตุ : หน่วยงานที่ต้องจัดทำตัวชี้วัดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

1. สถาบันทันตกรรม
2. โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6135

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัลยณัฐ วงษ์ขุนไกล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6136

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.5 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

รายชื่อหน่วยงานที่ต้องจัดทำตัวชี้วัดโครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (COE ของ
หน่วยงาน)

1. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
2. โรงพยาบาลสงฆ์
3. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
4. สถาบันทันตกรรม
5. สถาบันประสาทวิทยา
6. สถาบันพยาธิวิทยา
7. สถาบันโรคผิวหนัง
8. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
9. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
10. โรงพยาบาลผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

โดยที่ : หน่วยงานเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดเองตามแบบฟอร์มที่ ก.พ.ร. กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 1.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) /ภารกิจหลัก
ของกรม/แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัด
ระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs)

1.5.5 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

(1)(ชื่อตัวชี้วัด).....

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

.....

.....

.....

.....

.....

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	
2	
3	
4	
5	

แนวทางการประเมินผล :

-
-
-
-

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล :

ผู้กำกับตัวชี้วัด :

เบอร์ติดต่อ :

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :

เบอร์ติดต่อ :

มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 2.1 DMS Smart Services

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

คำอธิบาย

กรมการแพทย์มุ่งใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนาบริการอัจฉริยะ (Smart Service) เช่น ระบบอัจฉริยะสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บริการการตรวจสอบสิทธิและข้อมูลสุขภาพ บริการระบบนัดหมายของโรงพยาบาล ไปจนถึงบริการอัจฉริยะเพื่อผู้พิการและผู้สูงอายุในการเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งขับเคลื่อนตามความต้องการของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ (Citizen driven) โดยแปรสภาพบริการของรัฐจากรูปแบบเดิมไปสู่บริการดิจิทัลที่ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้บริการผ่านอุปกรณ์ที่หลากหลาย รวมทั้งการพัฒนาไปสู่บริการดิจิทัลในลักษณะอัตโนมัติ (Automated public services) ตามหลักการออกแบบที่เป็นสากลและสอดคล้องกับความต้องการ ทั้งนี้ เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการรอคอยและลดการเดินทางของผู้รับบริการ

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายในแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการเตรียมความพร้อมในการเป็นหน่วยบริการในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพสำหรับประชาชนด้วยดิจิทัล
2	มีการพัฒนาบริการด้วยระบบบริหารแฟ้มประวัติผู้ป่วย (e-File)
3	มีการพัฒนาบริการด้วยระบบบริหารการนัดหมายล่วงหน้า (e-Appointment)
4	มีการประเมินระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการลดลงร้อยละ 10
5	มีการประเมินระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการลดลงร้อยละ 20

หมายเหตุ :

สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง (ภายในอาคารกรมการแพทย์) ในระดับคะแนนที่ 2 และ 3 ให้มีการพัฒนาบริการตามภารกิจของหน่วยงานอย่างน้อย 1 บริการ

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักสารสนเทศการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6316

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6392

ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

- ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2556 – 2561 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภาครัฐให้สามารถตอบสนองต่อสังคมและความต้องการของประชาชนผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ “การสร้างความเป็นเลิศในการให้บริการประชาชน (Service Excellence)” โดยให้หน่วยงานภาครัฐในฐานะผู้ให้บริการหลักแก่ประชาชนต้องมีการปรับตัวและพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพการบริการทั้งเรื่องรูปแบบและการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาในการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ คุณภาพของบริการที่ส่งมอบ ความโปร่งใสในการให้บริการ และค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการ ที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และการส่งมอบบริการที่เป็นที่ยอมรับได้มาตรฐาน ในรูปแบบของ “ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)”

- **ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)** เป็นเอกสารที่บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน โดยทั้ง 2 ฝ่ายต้องร่วมกันกำหนดขอบเขตของการให้บริการ ระดับการให้บริการ (Level of Service) ขั้นต่ำที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ ซึ่งข้อตกลงระดับการให้บริการเปรียบเสมือนพันธะสัญญาถึงระดับคุณภาพของบริการและความโปร่งใสที่ผู้ให้บริการมีให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้น องค์ประกอบของข้อตกลงจะประกอบด้วย ขอบเขตการให้บริการ ข้อกำหนดการให้บริการ ระดับการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และการรับเรื่องราວร้องเรียน

- คู่มือการให้บริการเป็นการต่อยอดจาก “ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	จัดส่งข้อมูลกระบวนการงานที่จัดทำคู่มือการให้บริการ ตามแนวทางตามข้อตกลงระดับการให้บริการ (SLA) โดยใช้แบบฟอร์ม A-E และจัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการ
2	จัดทำคู่มือการให้บริการ (ตามแบบฟอร์มที่ ก.พ.ร.กรมการแพทย์ กำหนด)
3	จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน จำนวน 1 เรื่อง โดยใช้ข้อตกลงระดับการให้บริการที่จัดทำในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 มาปรับปรุง หรือจัดทำกระบวนการใหม่
4	จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน จำนวน 2 เรื่อง โดยใช้ข้อตกลงฯ หรือกระบวนการใหม่ที่ไม่เคยจัดทำเป็นคู่มือการให้บริการประชาชนมาก่อน
5	- เผยแพร่คู่มือการให้บริการประชาชนทั้ง 2 คู่มือ - สสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคู่มือการให้บริการประชาชน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6135

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศรินทิพย์ แสงมิ่ง

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6136

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัลยณัฐ วังษ์ขุนไกล

ตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับขั้นของความสำเร็จในการดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ในการดำเนินงานของกรมการแพทย์

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 :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม/อบรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของกรมการแพทย์
2	หน่วยงานนำส่งผลประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยระบุปัจจัย ปัญหา อุปสรรค แนวทางการพัฒนาให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน ระยะเวลาที่กำหนด
3	หน่วยงานจัดทำแผนตามผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เพื่อพัฒนาองค์กร
4	หน่วยงานดำเนินการตามแผนพัฒนาการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ภายในหน่วยงาน
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) รวมทั้งระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

แนวทางการประเมินผล

- หน่วยงานแจ้งรายชื่อผู้แทนเข้าร่วมประชุม/อบรม ภายในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2560
- หน่วยงานนำส่งผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสฯ ภายในเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2561
- หน่วยงานนำส่งผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสฯ ภายในหน่วยงาน ภายในเดือนกรกฎาคม 2561
- ผลการดำเนินการจัดส่งสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6200

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวสุستی ศษสาร เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6157

ตัวชี้วัดที่ 2.4 ระดับความสำเร็จของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของราชการ

น้ำหนัก : ร้อยละ

คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการดำเนินการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของราชการโดยส่วนราชการต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2547 เกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับประกาศประกวดราคา และประกาศสอบราคาและสรุปผลการจัดซื้อจัดจ้างของส่วนราชการ และกำหนดมาตรการให้ทุกหน่วยงานของรัฐให้บริการข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว ซึ่งพิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ดำเนินการตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 <ul style="list-style-type: none"> - จัดสถานที่/จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน สำหรับให้บริการข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 9 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลข่าวสารได้โดยสะดวก - เจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการเป็นการเฉพาะ - มีป้ายบอกถึงที่ตั้งของสถานที่หรือศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่ส่วนราชการจัดไว้สำหรับการให้บริการข้อมูลข่าวสาร ที่เข้าใจได้ง่ายและมองเห็นได้ชัดเจน
2	จัดระบบข้อมูลข่าวสารตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 มาตรา 7, 9 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 7, 9 ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน - จัดทำดัชนีข้อมูลข่าวสารไว้ให้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอย่างชัดเจนและสามารถสืบค้นได้สะดวก รวดเร็ว
3	บริหารจัดการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - มอบหมายให้ผู้บริหารระดับรองหัวหน้าส่วนราชการรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารฯ เป็นการเฉพาะ - ผู้บริหารของส่วนราชการให้ความสำคัญและควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างเคร่งครัด เช่น มีการประชุมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นต้น - จัดเก็บสถิติและสรุปผลการให้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการรายงานให้ผู้บริหารของส่วนราชการทราบอย่างสม่ำเสมอ (รายเดือนหรือรายไตรมาส) - มีการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ในการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว โดยมีเรื่องที่สามารถตอบสนอง หรือให้บริการข้อมูลข่าวสารได้ครบถ้วนร้อยละ 100

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
4	<p>เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารบุคลากรในส่วนราชการและประชาชนทราบ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรม ให้ความรู้ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการข้อมูลข่าวสารตามบทบัญญัติของกฎหมายให้แก่บุคลากรในส่วนราชการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอหรือเข้าร่วมอบรม/สัมมนา/ดูงาน โดยสำนักงานเลขานุการกรมเป็นจัดฯ - ประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับผลการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการ โดยเฉพาะการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลตามมาตรา 9 ให้ประชาชนรับทราบ ผ่านช่องทางต่างๆ อย่างน้อย 5 ช่องทางโดย 1 ใน 5 ช่องทาง จะต้องเป็นการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ - รับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ และมีการนำความคิดเห็นของประชาชนมาพิจารณาประกอบการบริหารจัดการด้านการเปิดเผยหรือให้บริการข้อมูลข่าวสาร - เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการประกวดราคา ประกาศสอบราคาที่ทำหน้าส่วนราชการ ลงนามแล้วบนเว็บไซต์ของส่วนราชการจัดทำสรุปผลการจัดซื้อจัดจ้างเป็นรายเดือน และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของส่วนราชการทุกเดือน
5	<p>รายงานสรุปผลการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ส่งให้สำนักงานเลขานุการกรม รอบ 12 เดือน (ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561)</p>

หมายเหตุ :

- สนับสนุนพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540
- หน่วยงานภายในอาคารกรมการแพทย์ ใช้คะแนนจากผลประเมินของสำนักงานเลขานุการกรม

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บ : 1. แพ้ม ก.พ.ร. ตัวชี้วัดที่ 5 ระดับความสำเร็จในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของราชการ ปี 2555-2556-2557

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : เลขานุการกรมการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : เลขานุการกรมการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6080

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวสายพิณ สกุลจารุสุทธิ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6073

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางวิไลวรรณ ภาคปราบ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6073

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 15)	กรณีที่ 1 มีครบทุกตัวชี้วัด	กรณีที่ 2 มีไม่ครบทุกตัวชี้วัด
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	2	2
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ	1	1
3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	1	1
3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักพันรายจ่ายลงทุน	1	1
3.5 ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน	1	2
3.6 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน	1	1
3.7 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	1	-
3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) การลดใช้กระดาษในสำนักงาน	1	1
3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	1	1
รวม	10	10

หมายเหตุ : กรณีที่ 2 หน่วยงานภายในอาคารกรมการแพทย์ (ยกเว้นกองคลัง)

ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

น้ำหนัก : ร้อยละ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย : 1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปี จะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้ว มาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล : ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงิน การคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบตามขั้นตอนการบริหารด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างเมื่อจัดซื้อจัดจ้างเสร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นไตรมาสที่ 4	88	90	92	94	96

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

ฝ่ายตรวจสอบ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6236

ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ

น้ำหนัก : ร้อยละ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปี จะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS)

เหตุผล :

ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงิน การคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจสอบโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการงาน ที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายประจำที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 1 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ ณ สิ้นไตรมาสที่ 4	90.36	92.36	94.36	96.36	98.36

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

ฝ่ายตรวจสอบ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6236

ตัวชี้วัดที่ 3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำ) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายเงินให้รัฐบาลและผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงานตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงบประมาณกำหนดให้

เหตุผล :

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2559 เห็นชอบมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 ในเรื่องการเร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณ ประกอบด้วย

1. กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 96 และรายจ่ายลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 87
2. ให้เร่งรัดการฝึกอบรมประชุมสัมมนา โดยจัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณโดยเบิกจ่ายได้ในไตรมาสที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร
3. ให้เร่งรัดการก่องหนี่ผูกพันและเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน
 - 3.1 รายการรายจ่ายลงทุนที่มีวงเงินต่อรายการไม่เกิน 2 ล้านบาท ให้ก่องหนี่ผูกพันและเบิกจ่ายงบประมาณให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 1
 - 3.2 รายการรายจ่ายลงทุนที่มีวงเงินต่อรายการตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป จะต้องก่องหนี่ผูกพันให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 1 ยกเว้นรายการที่มีวงเงินต่อรายการเกิน 1000 ล้านบาท ให้ก่องหนี่ผูกพันให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 2

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน สิ้นไตรมาสที่ 4	80	82	84	86	88

หมายเหตุ:

1. กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 87 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ
2. การคำนวณวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ ไม่รวมเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

หน่วยงานสามารถก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน (ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง) ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ไม่สำเร็จ	-	-	-	สำเร็จ

โดยที่ : การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน

กลุ่ม	เรื่องที่ประเมิน
1	รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบลงทุน ที่มีวงเงินไม่เกิน 2 ล้านบาท ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทำสัญญา ก่อกำหนดผู้กักเงินได้แล้วเสร็จและเบิกจ่ายงบประมาณได้ภายในไตรมาสที่ 1
2	รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบลงทุน ที่มีวงเงินตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1,000 ล้านบาท ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทำสัญญา ก่อกำหนดผู้กักเงินได้แล้วเสร็จภายใน ไตรมาสที่ 1 และเบิกจ่ายตามงวดงาน
3	รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบลงทุน ที่มีวงเงินเกิน 1,000 ล้านบาท และรายจ่ายลงทุนผู้กักเงินรายใหม่ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทำสัญญา ก่อกำหนดผู้กักเงินได้แล้วเสร็จได้ภายในไตรมาสที่ 2 และเบิกจ่ายตามงวดงาน

หมายเหตุ:

หน่วยงานที่ไม่ได้รับจัดสรรงบลงทุนตามพระราชบัญญัติเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้นำน้ำหนักตัวชี้วัดดังกล่าวไปรวมกับตัวชี้วัดที่ 3.9 ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6104

ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

ตัวชี้วัดที่ 3.5 ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย : เพื่อให้ดำเนินการตรวจสอบบัญชีสินทรัพย์ของหน่วยงาน เปรียบเทียบระหว่างทะเบียนคุมสินทรัพย์ของหน่วยงาน กับรายงานในระบบสินทรัพย์ของกรมบัญชีกลาง (GFMS) ให้ถูกต้องครบถ้วนตรงความเป็นจริง การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ไม่สำเร็จ	-	-	-	สำเร็จ

โดยที่ : การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน

ขั้นตอน	เรื่องที่ประเมิน
1	ตรวจสอบหมวดของครุภัณฑ์ก่อนการจัดซื้อ เพื่อการลงทะเบียนครุภัณฑ์และลงสร้างข้อมูลสินทรัพย์ ในระบบ GFMS ได้ถูกต้อง มิฉะนั้นจะมีผลต่อการคิดค่าเสื่อมราคา
2	ตรวจสอบราคาครุภัณฑ์ตามเอกสารการจัดซื้อให้ถูกต้อง โดยมูลค่าการลงทะเบียนครุภัณฑ์ต้องเป็นเฉพาะราคาของครุภัณฑ์และรวมภาษีแล้วเท่านั้น เพื่อให้ตรงกับข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS ซึ่งในระบบฯ จะเป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้วเสมอ
3	การออกหมายเลขครุภัณฑ์ ถ้าชื่อมาเป็นชุดประกอบกันต้องออกหมายเลขเดียว แต่มีครุภัณฑ์ย่อยประกอบ ซึ่งจะต้องตรงกันทั้งทะเบียนครุภัณฑ์ และการสร้างข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS
4	การออกหมายเลขครุภัณฑ์ในทะเบียนนั้น ครุภัณฑ์หนึ่งชิ้นต้องมีหนึ่งหมายเลข ซึ่งเวลาไปสร้างข้อมูลหลักสินทรัพย์ก็เช่นกัน แต่บางครั้งพบว่าชื่อในคราวเดียวหลายชิ้น แต่ในระบบ GFMS สร้างข้อมูลสินทรัพย์เพียงหมายเลขเดียว ทำให้ไม่ตรงกับทะเบียนครุภัณฑ์ที่คุมไว้
5	การบันทึกชื่อครุภัณฑ์ ต้องตรงตามที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อ โดยห้ามย่อหรือลงเฉพาะชื่อภาษาใดภาษาหนึ่ง เพราะจะทำให้ไม่สามารถตรวจสอบคู่กันระหว่างทะเบียนครุภัณฑ์กับข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS ได้
6	เมื่อมีการสร้างหมายเลขสินทรัพย์ในระบบ GFMS แล้ว ต้องรีบดำเนินการตั้งเบิกโดยเร็ว เพื่อไม่กระทบต่อการล้างพัสดุสินทรัพย์ในระบบ GFMS เพราะจะทำให้มูลค่าสินทรัพย์ในบัญชีไม่ตรงตามความเป็นจริง
7	เมื่อมีหมายเลขสินทรัพย์ที่ได้จากระบบ GFMS แล้วต้องนำไปลงคู่กับหมายเลขครุภัณฑ์ในทะเบียนคุมเสมอเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคู่กัน
8	เมื่อการจำหน่ายครุภัณฑ์ได้รับอนุมัติให้จำหน่ายแล้ว ต้องบันทึกตัดจำหน่ายครุภัณฑ์ออกจากทะเบียนคุมและตัดจำหน่ายสินทรัพย์ในระบบ GFMS ด้วย มิฉะนั้นสินทรัพย์ในทะเบียนครุภัณฑ์และในระบบ GFMS จะมีมูลค่า ไม่ตรงกัน
9	ตรวจสอบบัญชีพัสดุครุภัณฑ์ในระบบ GFMS ทุกเดือน โดยดำเนินการล้างพัสดุบัญชีให้เป็นสินทรัพย์ในระบบ GFMS เพื่อให้สินทรัพย์ในทางบัญชีของฝ่ายพัสดุและฝ่ายบัญชีตรงกัน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6105

ตัวชี้วัดที่ 3.6 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย : ความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถจัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด และนำเอาผลการคำนวณต้นทุนมาใช้ในการบริหารทรัพยากรของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพ

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 :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	แนวทางการประเมินผล (ประเมินผลจากเอกสารและหลักฐานต่างๆ)	คะแนน
1	หน่วยงานมีการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุค่าใช้จ่ายเข้าสู่กิจกรรมย่อยในระบบ GFMS สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2560	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุค่าใช้จ่ายเข้าสู่กิจกรรมย่อยในระบบ GFMS สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายปี 2560 ดังนี้ 1. หนังสือแสดงการตรวจสอบค่าใช้จ่ายจากผู้มีอำนาจ 2. รายงานต้นทุนรวมของหน่วยงาน งวด 12 เดือน ปีงบประมาณ 2560 โดยแยกประเภทตามแหล่งของเงิน (ตาราง 1) หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 2 ธันวาคม 2560	0.25 0.75
2	จัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตประจำปีงบประมาณ 2560 และเปรียบเทียบผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระหว่างปีงบประมาณ 2559 และปีงบประมาณ 2560 ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร พร้อมทั้งวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จัดทำรายงานการเปรียบเทียบสรุปผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตได้แล้วเสร็จ	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการรายงานผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ปี 2560 ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอรายงานผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตโดยได้รับความเห็นชอบจากผู้มีอำนาจ 2. รายงานผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมผลผลิต กิจกรรมย่อยและผลผลิตย่อยของปี 2560 ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (ตาราง 1-6) 3. รายงานสรุปผลการเปรียบเทียบและวิเคราะห์ผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระหว่างปีงบประมาณ 2559 และปีงบประมาณ 2560 (ตารางที่ 7-12) หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-3 ให้กับกองคลัง ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2561	0.25 0.25 0.50

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	แนวทางการประเมินผล (ประเมินผลจากเอกสารและหลักฐานต่างๆ)	คะแนน
3	จัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2561 พร้อมทั้ง ทั้งกำหนดเป้าหมายการเพิ่ม ประสิทธิภาพใน ปีงบประมาณ 2561 ให้ ชัดเจนสามารถวัดผลได้ (เชิงปริมาณ) และแผนเพิ่ม ประสิทธิภาพดังกล่าวได้รับความ เห็นชอบจากหัวหน้า หน่วยงาน	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการดำเนินงานตามแผน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 ไม่ ต่ำกว่า 4 เรื่อง คือ - กรณีลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เช่น ค่า สาธารณูปโภค ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นต้น โดยสามารถลด ค่าใช้จ่ายลงได้อย่างน้อยร้อยละ 5 จากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น จริงในปีงบประมาณก่อน จำนวน 2 เรื่อง - กรณีปรับปรุงกิจกรรมต้องแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ที่เพิ่มขึ้นของกิจกรรมนั้น ในรูปของต้นทุนหรือปริมาณ งาน จำนวน 2 เรื่อง เอกสารที่นำเสนอมี ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอแผนเพิ่มประสิทธิภาพ โดยได้รับความ เห็นชอบจากผู้มีอำนาจ 2. แผนเพิ่มประสิทธิภาพจำนวน 4 เรื่อง ตามรูปแบบที่ กรมบัญชีกลางกำหนด หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในเดือนมีนาคม 2561	0.25 0.75
4	ดำเนินการตามแผนเพิ่ม ประสิทธิภาพ ประจำปี งบประมาณ 2561 ได้ตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ พร้อมทั้ง ทั้งจัดทำรายงานสรุปผลการ ดำเนินงานและผลสำเร็จตาม แผนเพิ่มประสิทธิภาพการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 และได้รับความ เห็นชอบจากหัวหน้า หน่วยงาน	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการรายงานสรุปผล การดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผน เพิ่มประสิทธิภาพ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้มี อำนาจ 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนเพิ่ม ประสิทธิภาพ หมายเหตุ: ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 10 ตุลาคม 2561	0.25 0.75
5	ดำเนินการสอบทานการใช้ ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนของ ส่วนราชการ ประจำปี งบประมาณ 2561	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการดำเนินการสอบ ทานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต โดยคณะทำงานฯ หรือผู้บริหาร ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอรายงานการสอบทานการใช้ ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต 2. แบบสอบทานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนต่อ หน่วยผลผลิต หมายเหตุ: ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 10 ตุลาคม 2561	0.25 0.75
		รวม	5.00

หมายเหตุ :

- ส่งเอกสารไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ไม่ได้คะแนน
- เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดแล้วเสร็จภายในเดือน ตุลาคม ของปีถัดไปจึงทำให้ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินแล้วเสร็จภายในเดือน กันยายน ของปีประเมินได้

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินและพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6302

**ตัวชี้วัดที่ 3.7 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน
ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด**

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยงาน ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชีของหน่วยงานมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นตัวผลักดันให้มีการเร่งตรวจสอบแก้ไขข้อมูลทางบัญชีของตนเองต่อเนื่องจากการประเมินผลฯ ประจำปีงบประมาณ 2560 จึงได้กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ประจำปีงบประมาณ 2561 ซึ่งประกอบด้วย

การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดของหน่วยงาน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{X \times 100}{Y}$$

กำหนดให้

X = คะแนนรวมของหน่วยงานที่ได้

Y = คะแนนเต็มของการประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 20 ต่อ 1 คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
20-39%	40-59%	60-79%	80-99%	100%

ตัวอย่างการประเมิน

หน่วยงานได้ผลการประเมินรวมทั้งปี จำนวน 550 คะแนน

คะแนนเต็มของผลการประเมินรวมทั้งปี 620 คะแนน

ผลการคำนวณ คือ

$$\frac{550 \times 100}{620}$$

โดยหน่วยงานได้ผลคะแนน คือ 88.71% โดยเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนคือ หน่วยงานได้ ระดับ 4

โดยที่ : การพิจารณาระดับความสำเร็จตามขั้นตอนในระดับจำนวนเรื่องของข้อมูลทางบัญชีที่หน่วยงานสามารถดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์ประเมินผลที่กำหนด จำนวน 3 เรื่อง โดยหน่วยงานประเมิน เรื่องที่ 1 – 2 และ 3.1, 3.6 เรื่องที่ 3.2 – 3.5 กรมา เป็นผู้ประเมินให้คะแนน

เรื่อง	หลักเกณฑ์
1	ความถูกต้องมีการแสดงยอดคงเหลือและรายการเคลื่อนไหวของบัญชีตามที่กำหนด
2	ความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ
3	ความรับผิดชอบ สามารถจัดส่งรายงานและแก้ไขข้อบกพร่องของข้อมูลทางบัญชีได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 1 ความถูกต้องมีการ แสดงยอดคงเหลือ และรายการ เคลื่อนไหวของ บัญชีตามที่กำหนด	1.1 ยอดคงเหลือในช่อง “ยอดยกไป” ของบัญชี แยกประเภทในงบทดลองถูกต้องตรงกับเอกสาร หรือหลักฐาน ดังนี้		
	1.1.1 บัญชีเงินสดในมือ (1101010101) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชีเงินสด ในมือ ณ วันสิ้นเดือนของทุกเดือน ตรงกับรายงาน เงินคงเหลือประจำวันที่จัดทำตามระเบียบการเบิก จ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่ง คลัง พ.ศ. 2551 (หากจัดทำไม่ครบทุกเดือนจะถือว่า คะแนนเป็นศูนย์)	30	รายงานเงินคงเหลือ ประจำวันที่จัดทำตาม ระเบียบฯ (รูปแบบ ไฟล์:PDF/Image)
	1.1.2 บัญชีเงินฝากธนาคาร (ทุกบัญชี ทุกเดือน) <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการจัดทำงบทะทบยอด บัญชีเงินฝากธนาคารครบทุกบัญชีและทุกเดือน ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0423.3/ว63 ลง วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 เรื่อง วิธีการตรวจสอบ ข้อมูลเงินฝากธนาคารและแนวทางการจัดทำง บทะทบยอดเงินฝากธนาคารของหน่วยงานภาครัฐ (หากจัดทำไม่ครบทุกเดือนจะถือว่าคะแนนเป็นศูนย์)	40	งบทะทบยอดบัญชี เงินฝากธนาคาร (รูปแบบไฟล์: PDF/Image/Excel)
1.1.3 บัญชีเงินฝากคลัง (1101020501) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชีเงินฝาก คลัง ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 ตรงกับรายงานแสดง การเคลื่อนไหวเงินฝากกระทรวงการคลัง หรือคำสั่ง งาน ZGL_RPT013 และรายงานสถานะเงินฝากคลัง และเงินรับฝากของรัฐบาล (ZGL_RPT016) ในระบบ GFMS	40	รายงานการเคลื่อนไหว เงินฝากกระทรวงการคลัง (รูปแบบ ไฟล์:PDF/Image)	
1.1.4 บัญชีลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ(1102010101) บัญชีลูกหนี้เงินยืมนอกงบประมาณ (1102010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชีลูกหนี้ เงินยืมในงบประมาณ และบัญชีลูกหนี้เงินยืมนอก งบประมาณ ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 ตรงกับ สัญญาการยืมเงินที่ยังไม่ส่งใช้ใบสำคัญ	50	สัญญาการยืมเงินที่ยังไม่ ส่งใช้ใบสำคัญ (รูปแบบ ไฟล์:PDF/Image)	
1.1.5 บัญชีใบสำคัญค้ำจ่าย (2102040102) บัญชีเจ้าหนี้การค้า-หน่วยงานภาครัฐ (2101010101) บัญชีเจ้าหนี้การค้า-บุคคลภายนอก (2101010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชีใบสำคัญ ค้ำจ่าย บัญชีเจ้าหนี้การค้า-หน่วยงานภาครัฐ และ บัญชีเจ้าหนี้การค้า –บุคคลภายนอก ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 ตรงกับใบแจ้งหนี้ ใบสำคัญหรือ เอกสารแสดงภาระผูกพันที่ต้องชำระคืนแก่เจ้าหนี้	40	ใบแจ้งหนี้/ใบสำคัญที่ยัง ไม่ได้จ่ายเงิน (รูปแบบ ไฟล์:PDF/Image)	

	หรือผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้จ่ายเงิน		
เรื่องที่ ๑ ความถูกต้องมีการ แสดงยอดคงเหลือและ รายการเคลื่อนไหว ของบัญชีตามที่ กำหนด (ต่อ)	1.1.6 บัญชีวัสดุคลัง (1105010105) บัญชีครุภัณฑ์ (12xxxxxxx) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชีวัสดุคลัง/บัญชีครุภัณฑ์ ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 ตรงกับรายงานผลการตรวจสอบพัสดุ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม/ ทะเบียนคุมทรัพย์สิน	40	รายงานผลการตรวจสอบพัสดุตามระเบียบ/ทะเบียนคุมทรัพย์สิน (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	1.1.7 งบทดลองแสดงข้อมูลทางบัญชีที่ถูกต้องตามดุลบัญชีปกติ และต้องไม่มีบัญชีพักที่มียอดคงค้าง <u>แนวทางการประเมิน</u> งบทดลอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2561 ไม่มีบัญชีผิดดุลและบัญชีพักไม่มียอดคงค้างในรายงานผิดดุลและรายงานข้อมูลบัญชีที่ต้องไม่มียอดคงค้างโดยดุลบัญชีปกติที่ได้รับการยกเว้น มีบัญชีดังต่อไปนี้ -บัญชีพักรอ Clearing (1101010113) -บัญชีรายได้สูง/(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (3101010101) -บัญชีรายได้สูง/(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสมยกมา (3102010101) -บัญชีผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาด (3102010102) -บัญชีค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน-รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง (5210010112)	60	รายงานผิดดุลและรายงานข้อมูลบัญชีที่ต้องไม่มียอดคงค้าง (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	1.2 ความถูกต้อง เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของบัญชีแยกประเภทในระบบ GFMS ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (แสดงวิธีการตรวจสอบ เช่น การทำด้วย Pivot Table (ตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0423.3/ว 281 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2555 เรื่อง แนวทางการตรวจสอบบัญชีของส่วนราชการในระบบ GFMS))		
	1.2.1 บัญชีเงินสดในมือ (1101010101) บัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อนำส่งคลัง (1101020601) บัญชีเงินฝากธนาคารรายบัญชีเพื่อนำส่งคลัง (1101020606) <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการบันทึกข้อมูลจัดเก็บนำส่งหรือนำฝากเงิน เป็นรายได้แผ่นดินหรือเงินฝากคลังได้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	30	แสดงการตรวจสอบ เช่น ตาราง Pivot Table (พร้อมคำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)) (รูปแบบไฟล์: Excel)

เรื่องที่ ๑ ความถูกต้องมีการ แสดงยอดคงเหลือและ รายการเคลื่อนไหว ของบัญชีตามที่ กำหนด (ต่อ)	1.2.2 บัญชีเงินฝากคลัง (1101020501) <u>แนวทางการประเมิน</u> การบันทึกข้อมูลเบิกจ่าย นำฝาก โอน และปรับปรุงบัญชีเงินฝากคลังตรง กับรายงานแสดงการเคลื่อนไหวเงินฝาก กระทรวงการคลัง หรือคำสั่งงาน ZGL_RPT013 ใน ระบบ GFMIS ได้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	40	แสดงการตรวจสอบ เช่น ตาราง Pivot Table (พร้อมคำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)) (รูปแบบไฟล์: Excel)
	1.2.3 บัญชีลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ (1102010101) บัญชีลูกหนี้เงินยืมนอก งบประมาณ (1102010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> การบันทึกการจ่ายเงิน และชดใช้คืนเงินยืม ได้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	40	แสดงการตรวจสอบ เช่น ตาราง Pivot Table (พร้อมคำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)) (รูปแบบไฟล์: Excel)
	1.2.4 บัญชีเงินฝากธนาคาร (เงินงบประมาณ) (1101020603) บัญชีเงินฝากธนาคาร (เงินนอก งบประมาณ) (1101020604) บัญชีเงินฝาก ธนาคารรับจากคลัง (เงินกู้) (1101020605) บัญชีใบสำคัญค้ำจ่าย (2102040102) บัญชี เจ้าหนี้การค้า-หน่วยงานภาครัฐ (2101010101) บัญชีเจ้าหนี้การค้า-บุคคลภายนอก (2101010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> การบันทึกการเบิกและ จ่ายเงินให้กับเจ้าหนี้หรือผู้มีสิทธิได้ถูกต้องเป็น ปัจจุบัน	40	แสดงการตรวจสอบ เช่น ตาราง Pivot Table (พร้อมคำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)) (รูปแบบไฟล์: Excel)
	รวม	450	

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 2 ความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูล	2.1 การเปิดเผยงบทดลองสู่สาธารณะ <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการเผยแพร่งบทดลองเป็นประจำทุกเดือน โดยเปิดเผยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 วันนับจากวันส่งให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินส่วนภูมิภาค เช่น ลง Website หรือปิดประกาศในที่สาธารณะ (หากจัดทำไม่ครบทุกเดือนจะถือว่าคะแนนเป็นศูนย์)	70	หลักฐานการเปิดเผย (รูปแบบไฟล์: PDF/Image/Excel/Word/PPT)
	2.2 แสดงรายละเอียดประกอบรายการบัญชีที่สำคัญของงบทดลอง <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการจัดทำรายละเอียดรายการบัญชีที่สำคัญประกอบงบทดลองเป็นประจำทุกเดือน ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0423.2/ว 237 ลงวันที่ 8 กันยายน 2557 เรื่อง แนวปฏิบัติทางบัญชีประกอบมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 1 เรื่อง การนำเสนองบการเงิน (หากจัดทำไม่ครบทุกเดือนจะถือว่าคะแนนเป็นศูนย์) บัญชีที่สำคัญ คือ รายการบัญชีตามเกณฑ์การประเมินเรื่องที่ 1.1.1 – 1.1.6	30	หลักฐานรายละเอียดที่จัดทำ (รูปแบบไฟล์: PDF/Image/Excel/Word/PPT)
	รวม	100	
เรื่องที่ 3 ความรับผิดชอบ สามารถจัดส่งรายงานและแก้ไขข้อบกพร่องของข้อมูลทางบัญชีได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด *หมายเหตุ (ข้อ 3.2-3.5 กรมเป็นผู้ประเมิน)	3.1 การจัดส่งงบทดลองให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) หรือสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินส่วนภูมิภาค <u>แนวทางการประเมิน</u> การนำส่งรายงาน งบทดลองประจำเดือนให้ สตง.ทุกเดือน ภายในระยะเวลาที่กรมบัญชีกลางกำหนด (หากจัดทำไม่ครบทุกเดือนจะถือว่าคะแนนเป็นศูนย์)	25	หลักฐานการส่ง (รูปแบบไฟล์: PDF/Image)
	3.2 การจัดส่งรายงานการเงินระดับกรมให้ สตง.และกรมบัญชีกลาง <u>แนวทางการประเมิน</u> การนำส่งรายงานการเงินระดับกรมประจำปี ให้ สตง. และกรมบัญชีกลางภายในระยะเวลาที่กรมบัญชีกลางกำหนด	(คะแนนตามกรม)	หลักฐานการส่ง (รูปแบบไฟล์: PDF/Image)
	3.3 รูปแบบรายงานการเงินที่ส่งให้ สตง. เป็นไปตามมาตรฐานที่กรมบัญชีกลางกำหนด <u>แนวทางการประเมิน</u> รูปแบบของรายงานการเงินระดับกรมประจำปีที่ส่งให้ สตง. ตรงกับรูปแบบรายงานการเงินตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0423.3/ว 237 ลงวันที่ 8	(คะแนนตามกรม)	รายงานการเงินระดับกรมประจำปี (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 3 ความรับผิดชอบ สามารถจัดส่งรายงาน และแก้ไขข้อบกพร่อง ของข้อมูลทางบัญชีได้ ภายในระยะเวลาที่ กำหนด *หมายเหตุ (ข้อ 3.2-3.5 กรมเป็นผู้ประเมิน) (ต่อ)	กันยายน 2557 เรื่อง แนวปฏิบัติทางบัญชีประกอบมาตรฐาน การบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 1 เรื่อง การนำเสนองบ การเงิน		
	3.4 ข้อมูลรายงานการเงินที่ส่งให้ สตง.เท่ากับข้อมูล รายงานในระบบ GFMS <u>แนวทางการประเมิน</u> ข้อมูลในรายงานการเงินระดับ กรมประจำปี ที่ส่งให้ สตง.ตรงกับข้อมูลรายงาน การเงินระดับกรมในระบบ GFMS	(คะแนน ตามกรม)	แสดงการเปรียบเทียบ (รูปแบบไฟล์:Excel)
	3.5 การตอบข้อบกพร่องด้านบัญชีการเงินตาม ข้อสังเกตประกอบการตรวจสอบรายงานการเงิน ของ สตง. ปีล่าสุด <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการตอบข้อบกพร่องตาม ข้อสังเกตของ สตง.ปีล่าสุด ให้สตง.ภายใน 60 วัน นับ แต่วันที่ได้รับแจ้ง	(คะแนน ตามกรม)	หลักฐานการตอบ (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	3.6 การแก้ไขข้อบกพร่องด้านบัญชีตามข้อสังเกต ประกอบการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบภายใน ภายใน ปีที่ได้รับการหักทวง <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการแก้ไขข้อบกพร่องด้านบัญชี ตามข้อสังเกตประกอบการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบ ภายใน ภายในปีที่ได้รับการหักทวง	45	หลักฐานการตอบ (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	รวม	70	
	รวมทั้งสิ้น	620	

หมายเหตุ :

- หน่วยงานส่วนกลางไม่ต้องทำ ใช้คะแนนเดียวกับกองคลัง เนื่องจากกองคลังเป็นผู้รับผิดชอบการจัดทำบัญชีภาพรวมของหน่วยงานที่ตั้งอยู่ภายในอาคารส่วนกลางกรมการแพทย์
- เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดแล้วเสร็จสิ้นเดือน พฤศจิกายน ของปีถัดไปจึงทำให้ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินแล้วเสร็จภายในเดือน กันยายน ของปีที่ประเมินได้

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : 1. ฝ่ายบัญชี	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6065
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : 2. ฝ่ายการเงิน	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6280
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : 3. ฝ่ายพัสดุ	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6104

ตัวชี้วัดที่ 3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ(มาตรา 44) การลดใช้กระดาษในสำนักงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

ผลิตภัณฑ์กระดาษ มีบทบาทและความจำเป็นอย่างมากในหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าในประเทศไทยนั้น มีการใช้กระดาษประมาณ 34 กิโลกรัม ต่อคนต่อปี หรือ 2 ล้านตันต่อปี และมีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นปีละ 15% (ข้อมูลอ้างอิงจากสำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย) ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการใช้กระดาษให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อลดปริมาณขยะกระดาษที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งลดการใช้วัสดุธรรมชาติและพลังงานในการผลิตกระดาษ เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบาย ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ที่กำหนดให้มีการประเมินส่วนราชการและบุคลากรภาครัฐ เพื่อประโยชน์ในการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งมีบังคับใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 และให้สำนักงาน ก.พ.ร. จัดทำแบบประเมินประสิทธิภาพสำหรับส่วนราชการซึ่งแบบประเมินมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของส่วนราชการในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญของรัฐบาล การแก้ไขปัญหา และการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน และเพื่อเพิ่มศักยภาพของส่วนราชการในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศ

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 : ส่วนราชการสามารถดำเนินการตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้อย่างน้อยร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับประมาณการใช้กระดาษในสำนักงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐาน
1	ส่วนราชการมีการประชุมทบทวนการใช้กระดาษในสำนักงานของส่วนราชการเพื่อกำหนดแนวทางในการจัดทำแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ของส่วนราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	รายงานการประชุมทบทวนการใช้กระดาษในสำนักงาน ของส่วนราชการ (รูปแบบไฟล์ PDF)จัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561
2	ส่วนราชการมีการจัดทำแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงานของส่วนราชการและสอดคล้องตามเป้าหมาย ของกรมการแพทย์ที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	แผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ของส่วนราชการ ที่ได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าส่วนราชการ (รูปแบบไฟล์ PDF) จัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐาน
3	ส่วนราชการประชาสัมพันธ์ / รมรณรงค์การปฏิบัติตามแนวทางแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การใช้ Social Network (กลุ่ม LINE, Facebook website ของส่วนราชการ และ E-mail เป็นต้น)	การประชาสัมพันธ์ / รมรณรงค์การปฏิบัติตามแนวทางแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ผ่านกิจกรรมต่างๆ (รูปแบบไฟล์ PDF/Image) จัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561
4	มีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 รายไตรมาส (ไตรมาสที่ 1-3 ยกเว้นไตรมาสที่ 4 ให้รายงานรวมเป็นรายปี) จัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์	หนังสือรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 รายไตรมาส จัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์
5	ส่วนราชการสามารถดำเนินการตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้ อย่างน้อยร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และมีการจัดทำรายงานสรุปผลการวิเคราะห์การดำเนินงานตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พร้อมจัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561	หนังสือรายงานสรุปดำเนินการตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน พร้อมสรุปผลการวิเคราะห์การดำเนินงานตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จัดส่งให้ กองคลัง กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561

แนวทางการประเมินผล :

- รายงานการประเมินตนเองรอบ 12 เดือน
- ผลการดำเนินงานจากกองคลัง

เหตุผล :

เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบาย ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ที่กำหนดให้มีการประเมินส่วนราชการและบุคลากรภาครัฐ เพื่อประโยชน์ในการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดิน และเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของส่วนราชการในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญของรัฐบาล การแก้ไขปัญหา และการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน และเพื่อเพิ่มศักยภาพของส่วนราชการในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศ

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินและพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 61

ตัวอย่างแบบรายงานประจำไตรมาส
แบบรายงานการลดใช้กระดาษในสำนักงานของส่วนราชการ แบบรายไตรมาสที่

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

หน่วยงานสังกัด กรมการแพทย์

หน่วยงาน.....

รายการ	จำนวนที่จัดซื้อ (ริม) ปีงบประมาณ 2560 เดือน ตุลาคม 2559 - ธันวาคม 2559	จำนวนที่จัดซื้อ (ริม) ปีงบประมาณ 2561 เดือน ตุลาคม 2560 - ธันวาคม 2560	เพิ่ม/-ลด	คิดเป็น % (เพิ่มขึ้น/-ลดลง)
ผลการลดใช้กระดาษ ตามแผนการลดใช้ กระดาษในสำนักงาน ของส่วนราชการ ไตร มาส ที่	563	380	(183)	- 33 %
รวม	563	380	(183)	- 33 %

หมายเหตุ ส่วนราชการสามารถดำเนินการตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
ได้อย่างน้อยร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับประมาณการใช้กระดาษในสำนักงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัด

.....
.....
.....
.....

แนวทางการปรับปรุงการดำเนินงาน

.....
.....
.....

.....
ชื่อผู้รายงาน (.....)
ตำแหน่งผู้รายงาน (.....)

ตัวอย่างแบบรายงานประจำปีงบประมาณ
แบบรายงานการลดใช้กระดาษในสำนักงานของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
หน่วยงานสังกัด กรมการแพทย์
หน่วยงาน.....

รายการ	จำนวนที่จัดซื้อ (ริม) ปีงบประมาณ 2560 เดือน ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	จำนวนที่จัดซื้อ (ริม) ปีงบประมาณ 2561 เดือน ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560	เพิ่ม/-ลด	คิดเป็น %
ผลการลดใช้กระดาษ ตามแผนการลดใช้ กระดาษในสำนักงาน ของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561	6391	5730	(661)	- 10 %
รวม	6391	5730	(661)	- 10 %

หมายเหตุ ส่วนราชการสามารถดำเนินการตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้อย่างน้อยร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับประมาณการใช้กระดาษในสำนักงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

สรุปผลการวิเคราะห์การดำเนินงานตามแผนการลดใช้กระดาษในสำนักงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

.....
.....
.....

ปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัด

.....
.....
.....

แนวทางการปรับปรุงการดำเนินงาน

.....
.....
.....

.....
ชื่อผู้รายงาน (.....)
ตำแหน่งผู้รายงาน (.....)

ตัวชี้วัดที่ 3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย:

ความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถจัดการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงภายในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงลดลงได้น้อยร้อยละ 10

เหตุผล :

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม แต่ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการลดใช้พลังงานลงให้ได้น้อย 10% เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยลดรายจ่ายของประเทศโดยลดการนำเข้าน้ำมันจากต่างประเทศ

พิจารณาจากร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของพลังงาน 2 ชนิด คือ

1. ด้านไฟฟ้า
2. ด้านน้ำมันเชื้อเพลิง

เกณฑ์การให้คะแนน :

คะแนนการประเมินผลการประหยัดพลังงานของหน่วยงานคิดจากคะแนนเฉลี่ยของหน่วยงานทั้งหมดที่เป็นราชการบริหารส่วนกลางในสังกัดกรมที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายกระทรวง และส่วนราชการที่จัดตั้งขึ้นเป็นหน่วยงานภายในกรมนั้นที่ไม่ปรากฏในกฎหมายกระทรวง โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละหน่วยงานเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ด้านไฟฟ้า	ด้านน้ำมัน	รวม
		2.5000 คะแนน	2.5000 คะแนน	5.0000 คะแนน
1	มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2561 1.1 รอบ 6 เดือน (ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561) และ 1.2 รอบ 12 เดือน (เมษายน 2561 - กันยายน 2561) ตามรูปแบบที่ สนพ. กำหนด	0.5000	0.5000	1.0000
2	2.1 มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2561 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 12 เดือน นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561	0.2500	0.2500	0.5000
	2.2 มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (ไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง) (น้ำมัน หน่วย ลิตร) ประจำปีงบประมาณ 2561 ครบถ้วน 12 เดือน นับตั้งแต่เดือน	0.2500	0.2500	0.5000

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ด้านไฟฟ้า	ด้านน้ำมัน	รวม
		2.5000 คะแนน	2.5000 คะแนน	5.0000 คะแนน
	ตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561			
3	มีผลการคำนวณ EUI ด้านการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2561 ตามสูตรการคำนวณที่ สนพ. กำหนด โดยอยู่ในช่วง -0.200 ถึง -0.333	0.0001 - 0.5000	0.0001 - 0.5000	1.0000
4	มีผลการคำนวณ EUI ด้านการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2561 ตามสูตรการคำนวณที่ สนพ. กำหนด โดยอยู่ในช่วง -0.091 ถึง -0.199	0.0001 - 0.5000	0.0001 - 0.5000	1.0000
5	มีผลการคำนวณ EUI ด้านการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2561 ตามสูตรการคำนวณที่ สนพ. กำหนด โดยอยู่ในช่วง 0 ถึง -0.090	0.0001 - 0.5000	0.0001 - 0.5000	1.0000

หมายเหตุ :

- 1) ถ้าคะแนนขั้นตอนที่ 1+2 = 1 คะแนน จะได้รับการประเมินในขั้นตอนที่ 3, 4 และ 5 ต่อไป
- 2) ขั้นตอนที่ 3, 4 และ 5 เมื่อทราบ EUI แล้วจะนำไปเทียบบัญญัติไตรยางศ์เพื่อประเมินคะแนน
- 3) ผลการคำนวณ EUI ถ้าน้อยกว่า -0.333 จะได้คะแนนเท่ากับ 0.000 คะแนน
- 4) กรณีผลการคำนวณ EUI มากกว่า 0 ได้คะแนนระดับที่ 3, 4 และ 5 รวมกัน เท่ากับ 1.5000 คะแนน
- 5) ส่วนราชการ ที่มีหน่วยงานในความรับผิดชอบ > 30 หน่วยงาน และมีหน่วยงานที่รายงานผ่าน www.e-report.energy.go.th ขั้นตอน 1+2 = 1 คะแนน > ร้อยละ 80 ของจำนวนหน่วยงานทั้งหมด จะได้รับคะแนนส่วนเพิ่มอีก 0.05 เท่าของคะแนนที่ได้รับ
- 6) เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดแล้วเสร็จสิ้นเดือน พฤศจิกายน ของปีถัดไปจึงทำให้ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินแล้วเสร็จภายในเดือน กันยายน ของปีที่ประเมินได้

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินและพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6121

ตัวชี้วัดที่ 3.10 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำของหน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ 1

คำอธิบาย :

ปริมาณการใช้น้ำ หมายถึง ปริมาณที่ใช้น้ำผ่านมาตรวัดน้ำ การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค และปริมาณน้ำที่ใช้จากระบบอื่นๆ ที่มีมาตรวัดน้ำ

ข้อมูลพื้นฐาน หมายถึง ข้อมูลการใช้น้ำปี 2559 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559 โดยให้หน่วยงานผู้รายงานตัวชี้วัดเป็นผู้รับรองข้อมูล

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการทบทวนแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการประหยัดน้ำ หรือมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในคณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน หรือปรับปรุงแผนปฏิบัติการประหยัดน้ำของหน่วยงาน
2	มีการรณรงค์ ปลุกฝังค่านิยม และดำเนินการตามแผน ตลอดจนติดตามประเมินผล และปรับปรุงให้เหมาะสม
3	มีการรายงานข้อมูลผลปริมาณการใช้น้ำและการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำ เป็นรายเดือนทางหน้าเว็บไซต์ของสำนักงานเลขานุการกรม
4	ติดตามและจัดทำรายงานผลการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ส่งสำนักงานเลขานุการกรม รอบ 6 เดือน (ส่งภายในวันที่ 16 เมษายน 2561) และ รอบ 12 เดือน (ภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2561)
5	สามารถลดปริมาณการใช้น้ำได้ร้อยละ 10 เทียบกับปริมาณการใช้น้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

หมายเหตุ : - หน่วยงานมีปริมาณการใช้น้ำในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้น/ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 จะต้องประหยัดน้ำให้ได้ร้อยละ 10
- หน่วยงานภายในอาคารกรมการแพทย์ ใช้คะแนนจากผลประเมินของสำนักงานเลขานุการกรม

แนวทางการประเมิน :

- คิดเป็นร้อยละการใช้น้ำที่ลดลงโดยเทียบกับปีฐานการใช้น้ำปี 2559 โดยเทียบสัดส่วนการใช้น้ำปี 2561

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : เลขานุการกรมการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : เลขานุการกรมการแพทย์ **เบอร์ติดต่อ** : 0 2590 6080

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวชุลีพร สาทรงภัย **เบอร์ติดต่อ** : 0 2590 6083

นางกมลชนก สูดใจ **เบอร์ติดต่อ** : 0 2590 6078

ตัวชี้วัดที่ 3.11 ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

การตรวจสอบภายใน คือ กิจกรรมให้ความเชื่อมั่น (Assurance Services) และการให้คำปรึกษา (Consulting Services) อย่างเป็นอิสระและเที่ยงธรรม ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร ช่วยให้ผู้บรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ

การตรวจสอบภายในภาครัฐ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการควบคุมภายในที่ดี ที่ผู้บริหารควรใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานองค์กรให้เกิดผลสัมฤทธิ์บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยกำหนดตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายในไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้หน่วยงานมีระบบการกำกับดูแลองค์กรที่ดีตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงาน การปฏิบัติตามนโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับ คำสั่ง และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง สอบทานความเพียงพอเหมาะสมของระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน ติดตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายในกรมการแพทย์ และรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน และกลุ่มตรวจสอบภายในทราบ

ตัวชี้วัดที่ 3.11.1 ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน

น้ำหนัก : ร้อยละ 1.5

เป้าหมาย คือ ระดับคะแนน 5 = ขั้นตอนที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ศึกษาแบบ ปย. 1 และแบบ ปย.2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของทุกส่วนงานย่อย เพื่อจัดทำแผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน
2	ดำเนินการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน
3	วิเคราะห์ผลการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน
4	จัดทำรายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (แบบ ปส.) เสนอผู้บริหาร และคณะกรรมการควบคุมภายในของหน่วยงานทราบ
5	ส่งสำเนาแผนการสอบทาน กระดาษทำการ และรายงานตามขั้นตอนที่ 3 และ 4 ให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2561

หมายเหตุ :

1. หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานภายในสังกัดกรมการแพทย์
2. ส่วนงานย่อย หมายถึง กลุ่มงาน/ฝ่ายต่าง ๆ ในข้อ 1
3. ผู้บริหารของหน่วยงาน หมายถึง ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/สถาบัน/โรงพยาบาล และผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
4. ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามตัวชี้วัด หมายถึง คณะกรรมการตรวจสอบภายในของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

การพิจารณาระดับคะแนนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ขั้นตอน โดยมีระดับคะแนน ดังนี้

ขั้นตอน	คะแนนเต็ม
1	1 คะแนน
2	1 คะแนน
3	1 คะแนน
4	1 คะแนน
5	1 คะแนน
รวม	5 คะแนน

เงื่อนไข : ให้คณะกรรมการตรวจสอบภายในของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบ ปย.1 และแบบ ปย.2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของทุกส่วนงานย่อย เพื่อจัดทำแผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน (1 คะแนน)

คำอธิบาย ศึกษาแบบ ปย. 1 และแบบ ปย. 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยศึกษาความครบถ้วนถูกต้องของรูปแบบรายงานแบบ ปย. 1 และแบบ ปย. 2 เช่น ชื่อหน่วยงานย่อย ชื่อรายงาน ระยะเวลาของรายงาน ช่องที่กำหนดในตารางรายงาน ชื่อผู้รายงาน วันเดือนปีที่รายงาน เป็นต้น ส่วนงานย่อยมีการรายงานการควบคุมภายในทุกกิจกรรม(แบบ ปย. 1) หรือไม่ เป็นต้น เพื่อประกอบการจัดทำแผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

หลักฐานประกอบขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ แผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน โดยแผนการสอบทานประกอบด้วย เรื่องที่จะทำการประเมิน วัตถุประสงค์ในการประเมิน ขอบเขตการประเมิน ผู้ประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน วิธีการประเมิน และอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น แบบสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมภายใน แบบประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน เป็นต้น และสำหรับหน่วยงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่อง สามารถนำมาตรฐานการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่อง/กิจกรรม เช่น ISOHA มาใช้เป็นแบบสอบถามได้

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน (1 คะแนน)

คำอธิบาย คณะกรรมการตรวจสอบภายในจัดทำบันทึกแจ้งกำหนดการเข้าสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานแก่ผู้รับผิดชอบ และดำเนินการสอบทานแบบ ปอ.1 ปอ.2 และ ปอ.3 ของหน่วยงาน เช่น ความถูกต้องของรูปแบบรายงาน ความสอดคล้องของรายงาน ปอ.2 และ ปอ.3 กับแบบ ปย. 1 และ ปย. 2 เป็นต้น

หลักฐานประกอบขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ บันทึกแจ้งกำหนดการเข้าสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน รายงาน แบบ ปอ. 1 ปอ. 2 และ ปอ. 3 ของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ผลการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน (1 คะแนน)

คำอธิบาย วิเคราะห์ผลการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน ดังนี้
1. วิเคราะห์เนื้อหาการรายงานในแบบ ปอ. 2 กับแบบ ปย. 1 เช่น หน่วยงานมีการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ระบุไว้ครบ 5 องค์ประกอบหรือไม่ มีจุดอ่อนหรือไม่ อย่างไร มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ อย่างไร เป็นต้น และบันทึกผลการวิเคราะห์ลงในกระดาษทำการ

2. วิเคราะห์เนื้อหาการรายงานในแบบ ปอ. 3 และ แบบ ปย. 2 เช่น กิจกรรมที่ระบุในแบบ ปอ. 3 และวัตถุประสงค์ยังมีความเสี่ยงระดับหน่วยงานหรือไม่ สอดคล้องกับแบบ ปย. 2 หรือไม่

การปรับปรุงการควบคุมภายในเป็นการควบคุมระดับหน่วยงานหรือไม่ เป็นต้น และบันทึกผลการวิเคราะห์ลงในกระดาษทำการ

หลักฐานประกอบขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ กระดาษทำการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำรายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (แบบ ปส.) เสนอผู้บริหารของหน่วยงาน (1 คะแนน)

คำอธิบาย คณะกรรมการตรวจสอบภายในสรุปความเห็นในภาพรวมของหน่วยงานจากการสอบทานเนื้อหาการรายงานในแบบ ปอ. 1 ปอ. 2 ปอ. 3 แล้วนำมาจัดทำรายงานแบบ ปส. เสนอผู้บริหารของหน่วยงาน

หลักฐานประกอบขั้นตอนที่ 4 ได้แก่ รายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (แบบ ปส.) บันทึกเสนอรายงานผลการสอบทานต่อผู้บริหารของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 5 ส่งสำเนาแผนการสอบทาน กระดาษทำการ และรายงานตามขั้นตอนที่ 3 และ 4 ให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2561 (1 คะแนน)

หลักฐานประกอบขั้นตอนที่ 5 ได้แก่ แผนการสอบทาน บันทึกแจ้งการเปิดตรวจกระดาษทำการ รายงานแบบ ปส. บันทึกเสนอรายงาน แบบ ปส. ต่อผู้บริหารของหน่วยงาน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: กลุ่มตรวจสอบภายใน

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6231

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ว่าที่ร.ต. ภาณุวัฒน์ ปาธรรม เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6228

ตัวชี้วัดที่ 3.11.2 ร้อยละของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน
น้ำหนัก : ร้อยละ 1.5

เป้าหมาย คือ ระดับคะแนน 5 = ขั้นตอนที่ 5

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุดที่หน่วยงานนำไปปฏิบัติตาม}}{\text{จำนวนข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุดทั้งหมด}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุด ร้อยละ 60
2	หน่วยงานปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุด ร้อยละ 70
3	หน่วยงานปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุด ร้อยละ 80
4	หน่วยงานปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุด ร้อยละ 90
5	หน่วยงานปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุด ร้อยละ 100

หมายเหตุ :

1. หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานภายในสังกัดกรมการแพทย์
2. การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน หมายถึง หน่วยงานดำเนินการตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน และรายงานผลการดำเนินการให้กรมการแพทย์ทราบภายในระยะเวลาที่กำหนด
3. หน่วยงานที่ตั้งอยู่ภายในอาคารกรมการแพทย์ กลุ่มตรวจสอบภายในได้รายงานผลการตรวจสอบภายในในภาพรวมของกองคลัง
4. การประเมินผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในครั้งล่าสุด เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในจะติดตามผลโดยการตรวจประเมินเมื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (Site Visit) โดยใช้วิธีการตรวจสอบเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้อง สอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
5. กลุ่มตรวจสอบภายในดำเนินการรวบรวมและสรุปผลคะแนนส่งให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: กลุ่มตรวจสอบภายใน

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6231

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ว่าที่ร.ต. ภาณุวัฒน์ ปาธรรม เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6228

มิติที่ ด้านพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 4.1 Digital DMS

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย

กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปรับปรุง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานรัฐ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้เกิดบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ ทั้งระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นในรูปแบบดิจิทัลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่ายและสะดวก ประชาชนรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร และมีทักษะในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล ภาครัฐเสมือนเป็นองค์กรเดียว นอกจากนี้ รัฐบาลดิจิทัลในอนาคต จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ การบริหาร บ้านเมือง และ เสนอความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของภาครัฐ

เกณฑ์การประเมินผล :

ประเด็น	รายละเอียด
1	มีแนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy) พร้อมรายงานผลดำเนินการตามแนวปฏิบัติฯ
2	มีแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ พร้อมรายงานผลดำเนินการตามแนวทางฯ
3	มีการใช้งานสารบรรณร่วมกันผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยสามารถค้นหาและเรียกดูเอกสารของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ได้ (กรมฯ จัดหาระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์กลาง)
4	มีการจัดเก็บข้อมูลพัสดุครุภัณฑ์ร่วมกันผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยสามารถค้นหาและเรียกดูข้อมูลของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ได้ (กรมฯ จัดหาระบบพัสดุครุภัณฑ์กลาง)
5	มีการจัดเก็บข้อมูลทรัพยากรบุคคลร่วมกันผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยสามารถค้นหาและเรียกดูข้อมูลของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ได้ตามสิทธิ์การเข้าถึง (กรมฯ จัดหาระบบบริหารงานทรัพยากรบุคคลกลาง)

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากจำนวนประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

	จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน				
	1 ประเด็น	2 ประเด็น	3 ประเด็น	4 ประเด็น	5 ประเด็น
คะแนน	1	2	3	4	5

แนวทางประเมินผลและหลักฐาน :

- แนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลดำเนินการตามแนวปฏิบัติฯ
- แนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ และรายงานผลดำเนินการตามแนวทาง
- ข้อมูลงานสารบรรณ/ข้อมูลพัสดุครุภัณฑ์/ข้อมูลทรัพยากรบุคคล ของหน่วยงานสังกัดกรมฯ

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักสารสนเทศการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6316

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6392

ตัวชี้วัดที่ 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 : ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาศูนย์การแพทย์

น้ำหนัก : ร้อยละ 1

คำอธิบาย

การดำเนินการแผนงาน/โครงการตาม “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์การแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2561 - 2564” เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศูนย์การแพทย์ให้เป็นที่พึ่งทางเดียวกัน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ เสริมสร้างศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีความพร้อมในการสร้างสรรค์นวัตกรรม และบริการทางการแพทย์ ระดับสากล รวมทั้งการสร้างความสุข และความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และความเชื่อมโยง ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ โดยมีวิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์การแพทย์ ดังต่อไปนี้

1. วิสัยทัศน์การพัฒนาศูนย์การแพทย์ (เก่ง ดี มีสุข)

บุคลากรกรมการแพทย์เป็นเลิศทางวิชาการ ยึดหลักธรรมาภิบาล
สร้างสรรค์นวัตกรรมและบริการทางการแพทย์ระดับสากล
มีความสมดุลในชีวิต

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์การแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาและส่งเสริมบุคลากรให้มีทักษะ ความรู้ความสามารถ และมีจิตสำนึกที่ด้านคุณธรรมจริยธรรม

- มาตรการที่ 1 พัฒนาศูนย์การแพทย์สู่ความเป็นมืออาชีพ และสอดคล้องกับภารกิจตามสายวิชาชีพเฉพาะ
- มาตรการที่ 2 พัฒนาศูนย์การแพทย์เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ความสามารถ ตามสมรรถนะหลัก
- มาตรการที่ 3 พัฒนาศูนย์การแพทย์ให้มีความรู้ในงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- มาตรการที่ 4 พัฒนาและส่งเสริมบุคลากรให้สามารถถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้
- มาตรการที่ 5 เสริมสร้างบุคลากรให้มีจิตสำนึกที่ดีด้านคุณธรรมและจริยธรรม
- มาตรการที่ 6 เสริมสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรไปสู่การปฏิบัติ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริหารจัดการบุคลากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดึงดูดและรักษาศูนย์การแพทย์ที่มีศักยภาพ

- มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
- มาตรการที่ 2 จัดกระบวนการพัฒนาศูนย์การแพทย์ที่สอดคล้องกับแผนความก้าวหน้าในอาชีพ (Career Path) และแผนสืบทอดตำแหน่งงาน (Succession Plan)
- มาตรการที่ 3 จัดกระบวนการพัฒนาศูนย์การแพทย์อย่างเป็นระบบบนพื้นฐานของสมรรถนะที่สามารถติดตามความก้าวหน้าเป็นรายบุคคล (IDP) ได้อย่างเป็นระบบ
- มาตรการที่ 4 พัฒนาระบบสิทธิประโยชน์ และแรงจูงใจในการทำงาน
- มาตรการที่ 5 เสริมสร้างความสุขของคนทำงาน คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี และความผูกพันองค์กร

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งและยั่งยืน

- มาตรการที่ 1 สร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการเรียนรู้ในระดับนานาชาติ
- มาตรการที่ 2 สร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา
- มาตรการที่ 3 สร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงาน ชุมชน
- มาตรการที่ 4 สร้างและเครือข่ายเพื่อการสื่อสารภาพลักษณ์องค์กรที่มีประสิทธิภาพ

โดยมีการวิเคราะห์การประเมินผล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ชี้แจงแนวทางรายงานผลการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ
- ขั้นตอนที่ 2 หน่วยงานรายงานผลการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ โดยหน่วยงานส่งรายงานฯ ให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล รอบที่ 1 (ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2561)
- ขั้นตอนที่ 3 หน่วยงานรายงานผลการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ โดยหน่วยงานส่งรายงานฯ ให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล รอบที่ 2 (ภายในวันที่ 30 กันยายน 2561)
- ขั้นตอนที่ 4 สำนักบริหารทรัพยากรบุคคลเก็บรวบรวมการรายงานผลการดำเนินงานจากหน่วยงาน ภายใต้สังกัดกรมการแพทย์ นำเสนอรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของ กรมการแพทย์

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการพลเรือน ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด
1	ร้อยละ 60 ของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ
2	ร้อยละ 65 ของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ
3	ร้อยละ 70 ของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ
4	ร้อยละ 75 ของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ
5	ร้อยละ 80 ของการดำเนินการแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพ

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6200

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายวิเชียร ลีมีเจริญสุข

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6161

ตัวชี้วัดที่ 4.2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

น้ำหนัก : ร้อยละ 1

คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ พิจารณาจากการดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการตั้งแต่ระดับองค์กรจนถึงระดับรายบุคคล การดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์ การเลื่อนเงินเดือนตามระยะเวลา และการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยส่งสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจฯ ให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2561*

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดแต่ละระดับ

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการดำเนินการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการระดับรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน โดยให้แสดงแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคล รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2560 – 31 มี.ค. 2561) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2561 – 30 ก.ย. 2561)
2	มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและการประเมินสมรรถนะในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยให้แสดงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2560 – 31 มี.ค.2561) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2561 – 30 ก.ย. 2561) ส่งให้กรมการแพทย์
3	ผู้บังคับบัญชาผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการแจ้งผลการประเมินให้ผู้บังคับบัญชาที่ถูกประเมินทราบเป็นรายบุคคล โดยแสดงหลักฐานการแจ้งผลให้ทราบ
4	ส่งคำขอการเลื่อนเงินเดือนได้ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด ทั้ง 2 รอบการประเมินฯ โดยยึดถือตามวันที่ลงรับเรื่องของสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล
5	มีการดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบสมรรถนะ โดยมีผลการสำรวจความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 *

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6200

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัลยารัตน์ สาริกานนท์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6205

ตัวชี้วัดที่ 4.2.3 : ร้อยละความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER)

น้ำหนัก : ร้อยละ 1

คำอธิบาย : “การสำรวจวัดความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER)” หมายถึง การประเมินความสุขต่อการทำงานของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 9 ด้าน คือ สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี การงานดี ผ่านระบบ Online-based ด้วยเครื่องมือดัชนีวัดความสุขด้วยตนเอง กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวิเคราะห์ผลการประเมินผล แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขด้วยตนเองและการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ประมวลผลข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 รายงานผลดัชนีความสุข และความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER)

โดยหน่วยงานส่งสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล **ภายในวันที่ 15 กันยายน 2561**

ขั้นตอนที่ 5 สำนักบริหารทรัพยากรบุคคลเก็บรวบรวมการรายงานผลการดำเนินงานจากหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมการแพทย์ นำเสนอรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของกรมการแพทย์

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการพลเรือน ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน

1. เซึ่งปริมาณ ร้อยละของบุคลากรกรมการแพทย์ ผู้ตอบแบบสำรวจวัดความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER) (น้ำหนักร้อยละ 0.5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด
1	มีบุคลากรผู้ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 50 ของบุคลากรภายในหน่วยงาน
2	มีบุคลากรผู้ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 52.5 ของบุคลากรภายในหน่วยงาน
3	มีบุคลากรผู้ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 55 ของบุคลากรภายในหน่วยงาน
4	มีบุคลากรผู้ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 57.5 ของบุคลากรภายในหน่วยงาน
5	มีบุคลากรผู้ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 60 ของบุคลากรภายในหน่วยงาน

2. เซึ่งคุณภาพ ร้อยละความสุขและความผูกพันในองค์กร (HAPPINOMETER) ของบุคลากร กรมการแพทย์ (น้ำหนักร้อยละ 0.5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด
1	บุคลากรมีความสุขและความผูกพันในองค์กร ร้อยละ 50
2	บุคลากรมีความสุขและความผูกพันในองค์กร ร้อยละ 52.5
3	บุคลากรมีความสุขและความผูกพันในองค์กร ร้อยละ 55
4	บุคลากรมีความสุขและความผูกพันในองค์กร ร้อยละ 57.5
5	บุคลากรมีความสุขและความผูกพันในองค์กร ร้อยละ 60

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6200

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายวิเชียร ลิ้มเจริญสุข

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6161

แบบสอบถามความพึงพอใจของตัวชี้วัดที่ 4.2.2

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงตามระดับความพึงพอใจของท่าน โดยแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่นๆ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1) เพศ

1) ชาย

2) หญิง

2) อายุ

1) 18 - 24 ปี

2) 25 - 31 ปี

3) 32 - 38 ปี

4) 39 - 45 ปี

5) 46 - 52 ปี

6) 53 - 60 ปี

3) สถานภาพ

1) โสด

2) สมรส

3) หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4) ระดับการศึกษาสูงสุด

1) ต่ำกว่าปริญญาตรี

2) ปริญญาตรี

3) สูงกว่าปริญญาตรี

5) รับราชการประเภท

ข้าราชการ

พนักงานราชการ

ลูกจ้างประจำ

ลูกจ้างชั่วคราว

6) ตำแหน่ง หน่วยงาน.....

ประเภทและระดับตำแหน่ง

1) ทัวไป

1) ปฏิบัติงาน

2) ชำนาญงาน

3) อาวุโส

2) วิชาการ

1) ปฏิบัติการ

2) ชำนาญการ

3) ชำนาญการพิเศษ

4) เชี่ยวชาญ

5) ทรงคุณวุฒิ

3) อำนวยการ

1) ตัน

2) สูง

4) บริหาร

1) ตัน

2) สูง

7. อายุการปฏิบัติราชการภายในหน่วยงานในปัจจุบัน.....ปี (เศษ 6 เดือนขึ้นไปให้ปัดเป็น 1 ปี)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของกรมการแพทย์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด
ซึ่งมีค่า คะแนนดังนี้

พอใจมากที่สุด = 5 พิจารณา = 4 พอใจปานกลาง = 3 พิจารณา = 2 พิจารณา = 1

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. หลักเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ					
1.1 ตัวชี้วัดสามารถวัดค่าความเป็นจริงการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม					
1.2 การกำหนดค่าเป้าหมายมีความเหมาะสมในการประเมินผล					
1.3 การถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับกลุ่มภารกิจ กรม สำนักหรือกองสู่ระดับบุคคล					
1.4 การกำหนดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของงานต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70					
1.5 การกำหนดสัดส่วนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติราชการ (สมรรถนะ) ที่กำหนด (ร้อยละ 20)					
1.6 สมรรถนะที่กำหนดสามารถวัดพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติราชการได้ตามความเป็นจริง					
1.7 สมรรถนะที่กำหนดไว้ของแต่ละตำแหน่งมีความเหมาะสม					
1.8 การกำหนดระดับความคาดหวังของสมรรถนะ (Mapping)					
1.9 การกำหนดระดับสัดส่วน งาน/กิจกรรมที่ได้รับมอบหมายพิเศษที่กำหนด (ร้อยละ 10)					
1.10 การกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติราชการในต้นรอบการประเมิน					
1.11 ความพึงพอใจการจัดช่วงคะแนนการประเมินผลงานโดยวิธีอิงกลุ่ม					
2. การประเมินผลในการปฏิบัติราชการ					
2.1 มีการจัดเก็บผลงานและสามารถตรวจสอบได้					
2.2 การประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามตัวชี้วัดที่ทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการ เมื่อต้นรอบการประเมิน					
2.3 แนวทางการประเมินสมรรถนะของหน่วยงาน					
2.4 การประเมินผลการปฏิบัติราชการเป็นไปตามสายงานการบังคับบัญชา					
2.5 บุคลากรบางคนมีโอกาสดำเนินการให้ร่วมงาน/กิจกรรมที่ได้รับมอบหมายพิเศษ ของหน่วยงานและได้คะแนนการประเมิน					

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3. การจัดสรรสิ่งจูงใจในระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ					
3.1 การเลื่อนเงินเดือน สูงสุดร้อยละ 6 ของฐานในการคำนวณ					
4. ระบบการแจ้งผลเพื่อการปรับปรุงในปฏิบัติงาน					
4.1 ผู้บังคับบัญชาแจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ					

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่นๆ

3.1 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อหลักเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

1.
2.
3.

3.2 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อการประเมินผลในการปฏิบัติราชการ

1.
2.
3.

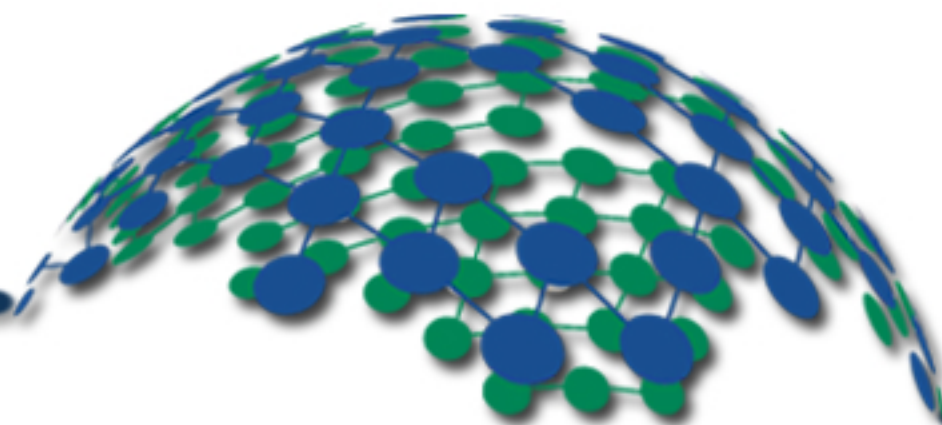
3.3 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อการจัดสรรสิ่งจูงใจในระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

1.
2.
3.

3.4 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อระบบการแจ้งผลเพื่อการปรับปรุงในปฏิบัติงาน

1.
2.
3.

***** ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม*****



กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์

ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 6135-9 โทรสาร 0 2591 8234

e-mail : psd.dms.moph@hotmail.com

www.dms.moph.go.th/psd

