



คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

NCI PERFORMANCE AGREEMENT



คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

- คำรับรองระหว่าง
นายวีรุฒิ อิมสาราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ผู้รับคำรับรอง
และ
นายสกานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ทำคำรับรอง
- คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญา และใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
- รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๔ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ นำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้
- ข้าพเจ้า นายวีรุฒิ อิมสาราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ นายสกานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติราชการ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ นำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การ ให้คะแนนและรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ นายสกานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้
- ข้าพเจ้า นายสกานต์ บุนนาค ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ทำความเข้าใจ คำรับรองตาม ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับ นายวีรุฒิ อิมสาราญ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้
- ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรองได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(นายวีรุฒิ อิมสาราญ)
รองอธิบดีกรมการแพทย์
วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
ผู้รับคำรับรอง

(นายสกานต์ บุนนาค)
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
ผู้ทำคำรับรอง

(นายธงชัย กิริติทัตถยากร)
อธิบดีกรมการแพทย์
วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2566	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ	
			2563	2564	2565	1	2	3	4	5		
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 50)												
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	15	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	15	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	10	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	10	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2566	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2563	2564	2565	1	2	3	4	5	
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 15)											
2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	5	4	N/A	N/A	N/A	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ	5	4	5	N/A	N/A	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนาจการ
2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0	5										หน่วยงานสนับสนุน (ภายในกรมการแพทย์)
2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	5	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนาจการ

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2566	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2563	2564	2565	1	2	3	4	5	
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)											
3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	5	96	95.53	90.97	76.95	68	72	76	80	84	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านอำนวยการ
3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	2	88	100	100	75.44	64	68	72	76	80	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านอำนวยการ
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน ของหน่วยงาน	3	3	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย ปี 2566	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)			เกณฑ์การให้คะแนน					ภารกิจที่รับผิดชอบ
			2563	2564	2565	1	2	3	4	5	
มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 25)											
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	6	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	(11)										
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	2	4	N/A	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ ภารกิจด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ภารกิจด้านอำนวยการ
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	4	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านอำนวยการ
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกราย ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5	4	N/A	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านอำนวยการ
4.3 Digital Transformation	8	4	5	5	5	1	2	3	4	5	ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

สารบัญ

คำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
	หน้า
มติที่ 1 ด้านประสิทธิผล	
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	2
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	20
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	35
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	42
มติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ	
2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน (ใหม่)	49
2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ (ใหม่ แต่เคยมีเมื่อปี 2564)	53
2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0 (ใหม่) (หน่วยงานสนับสนุน)	56
2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	59
มติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ	
3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	62
3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน	65
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	67
มติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร	
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	71
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	79
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	80
4.2.2 บันทึกรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	84
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	88
4.3 Digital Transformation	92
เอกสารประกอบ	94
– ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	
– ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	
Timeline คำรับรองการปฏิบัติราชการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	95

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล

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

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 15

คำอธิบาย :

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล โดยกรมการแพทย์มียุทธศาสตร์ในการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ หน่วยงานต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ดังนั้น การพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้างการจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือการติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสม จึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 5 องค์ประกอบ ดังนี้

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

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนาวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

คำอธิบาย :

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

ทิศทางการวิชาการ (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็นรูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

แผนงานวิชาการ หมายถึง แผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่หน่วยงานรับผิดชอบ นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการวิชาการในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า และมีการติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางการวิชาการของหน่วยงาน แล้วนำมากำหนดศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนางานวิชาการ เช่น โครงการวิจัยเดี่ยว หรือชุดโครงการวิจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีลักษณะบูรณาการเป็นการวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาการ รวมทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงการพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) โดยงานวิชาการทั้งหมดเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะนำผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างชัดเจนตามแผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้น

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	คณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของ หน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา งานวิชาการของหน่วยงาน	- สำเนาคำสั่งคณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน - รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับ การกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา งานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของ หน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเป็น แนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอ เชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ตามภารกิจของหน่วยงาน หรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงาน รับผิดชอบ	- แผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของ หน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - โครงการงานวิชาการตามค่านิยมและ อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนงานวิชาการ ของหน่วยงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมาย เป็นผลผลิตงานวิชาการ	- รายงานผลการดำเนินการรายไตรมาส ตามแผนปฏิบัติการรายโครงการในแผน ยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงาน และทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน	- รายงานการวิเคราะห์การดำเนินงานผลงาน วิชาการมีความสอดคล้องกับบริบทของ หน่วยงาน / COE โดยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของ หน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทาง การพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงาน วิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	- รายงานผลการวิเคราะห์ผลกระทบผลงาน วิชาการของหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี (2564 – 2566) และข้อเสนอแนวทางพัฒนา งานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการ และทิศทางการวิจัยของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

1. ทิศทางงานวิชาการเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการผลิตงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ และสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศ
2. หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สามารถผลิตงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน หรือกรณีวิกฤตของประเทศได้ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
3. สนับสนุนการรวมกลุ่มนักวิชาการและทรัพยากรในการดำเนินงานวิชาการ เช่น หน่วยปฏิบัติการวิจัยเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อสร้างที่มีวิจัยและความเป็นเลิศทางการวิจัยเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะด้าน
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ สามารถสร้างผลงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) ที่สามารถนำไปประโยชน์เชิงนโยบายในระดับประเทศได้อย่างเหมาะสม
5. สนับสนุนงานวิชาการที่เป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากผลผลิตงานวิจัย เพื่อขยายผลสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงนโยบายและได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

สอดคล้องกับ

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

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

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

คำอธิบาย :

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

ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีโครงสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

ระบบสนับสนุนงานวิชาการ หมายถึง การพัฒนาบุคลากรด้านงานวิจัย การจัดหาแหล่งทุน การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการวิจัย หรือศูนย์วิจัยทางคลินิก การให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ การสนับสนุนและผลักดันการนำผลงานด้านวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม และการส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ การสนับสนุนงานวิจัยสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์ รวมทั้งระบบสร้างแรงจูงใจ

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

ระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงานมีคณะกรรมการจริยธรรมในคน หรือคณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนองานวิชาการของหน่วยงาน และหากหน่วยงานใดไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมในคนของหน่วยงาน แต่มีระบบหรือมาตรการในการจัดการคุณภาพงานวิชาการก่อนการดำเนินการ

เกณฑ์ภาระงาน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำ / แบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) และงานวิชาการอื่น ๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน โดยมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น รายงานการประชุม การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน / กลุ่มงาน / แบบสรุปผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> - สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัย หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ - แผนงานสนับสนุนงานวิชาการของหน่วยงาน แผนพัฒนาการวิจัย ผลงานวิชาการ / แผนการติดตาม นิเทศ กำกับงานวิชาการ / แผนพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการ
2	กลุ่มงาน / ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนงานวิชาการของบุคลากรในสังกัด (ให้สามารถดำเนินโครงการตามแผนจนเสร็จ)	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน / กลุ่มงานวิชาการ / กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของหน่วยงานที่มีการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงาน
3	จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) และงานวิชาการอื่น ๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารรายงานการแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) ที่ชัดเจน โดยบรรจุอยู่ในรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล / รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร - แผนพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการของหน่วยงาน
4	มีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานวิชาการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงการนำผลงานไปใช้ประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร - รายงานผลการดำเนินงานผลงานวิชาการ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - รายงานการนิเทศ ติดตาม หรือรายงานการประชุมที่นำเสนอให้คณะกรรมการ / คณะกรรมการวิจัยรับทราบ

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
5	มีรายงานผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน / ฝ่าย ที่ดูแลงานวิชาการ เพื่อรายงานการบริหาร จัดการงานวิชาการของหน่วยงานเป็นราย ไตรมาส และประจำปี	- รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ โครงการวิชาการรายไตรมาส / ประจำปี และ มีการนำเสนอคณะกรรมการบริหารรับทราบ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 2)

1. สามารถวิเคราะห์และติดตามงานวิชาการด้านคุณภาพ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด
ผลผลิต และงบประมาณ เป็นระยะตามระบบที่กำหนด
2. ผลงานวิชาการผ่านคณะกรรมการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ / คณะกรรมการ
บริหารของหน่วยงาน เพื่อเสนอของบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่สนับสนุนงบสำหรับ
ดำเนินการวิจัย ซึ่งมีนัยว่าหน่วยงานมีการผลิตงานวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหา
สาธารณสุขด้านการแพทย์
3. สนับสนุนการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
3. แผนปฏิบัติการเรื่อง
 1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
 2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด
ในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

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

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนืองที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

คำอธิบาย :

ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัย นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่ม หรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัย การดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทย โดยมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรค สารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิก เวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้น รวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอ</u> ผู้บริหาร ให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์	- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร / กลุ่มงานที่นำเสนอข้อเสนอแนะ / แนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ / เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงาน
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ <u>(อย่างน้อย 1 โครงการ)</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ / เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ <u>(อย่างน้อย 1 โครงการ)</u>
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ <u>(อย่างน้อย 2 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปพัฒนา และประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ <u>(อย่างน้อย 2 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ <u>(อย่างน้อย 3 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ และโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ</u>	- รายงานการนำเสนอผลงานวิชาการที่ไปประกาศใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ <u>(อย่างน้อย 3 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ และโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ</u>

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนา นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ / หรือหน่วยงานอื่น และ / หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า

3. แผนปฏิบัติราชการเรื่อง

1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

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

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ
(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565
2	มีโครงการวิจัยที่ เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน ดังนี้ – เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 (0.5 คะแนน) – เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2567 (0.5 คะแนน)
3	มีโครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566
4	โครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงานตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ
5	โครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงานตามแผน และ รายงานความก้าวหน้าในระบบตามที่แหล่งทุนกำหนด อย่างน้อย 1 โครงการ

คำอธิบาย :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	มีโครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565	– สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณ ปี 2565 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)
2	มีโครงการวิจัยที่ เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน ดังนี้	– สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณ ปี 2567 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงาน

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
	<p>– <u>เสนอของบประมาณ</u>สนับสนุนจากทุกแหล่ง ทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 (0.5 คะแนน)</p> <p>– <u>เสนอของบประมาณ</u>สนับสนุนจากสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2567 (0.5 คะแนน)</p>	<p>คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) หรือหนังสือเสนอขอ งบประมาณ ปี 2566 แหล่งทุนอื่นอย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)</p> <p>– สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณ ปี 2567 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)</p>
3	<p>มีโครงการวิจัยที่<u>ได้รับงบประมาณ</u>สนับสนุน จากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566</p>	<p>– สำเนาหนังสือแจ้งผลการได้รับอนุมัติ โครงการวิจัยจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566</p>
4	<p>โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากทุกแหล่ง ทุน ในปีงบประมาณ 2566 <u>มีการดำเนินงาน ตามแผน</u> อย่างน้อย 1 โครงการ</p>	<p>– สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณ กรมการแพทย์ ปี 2566 สำหรับโครงการวิจัย ที่ผ่านการพิจารณาจากทุกแหล่งทุน และมี สำเนาการดำเนินการตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ เช่น การผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมในคน</p>
5	<p>โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากทุกแหล่ง ทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงาน ตามแผน และ <u>รายงานความก้าวหน้าในระบบ ตามที่แหล่งทุนกำหนด</u> อย่างน้อย 1 โครงการ</p>	<p>– สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณ กรมการแพทย์ ปี 2566 สำหรับโครงการวิจัย ที่ผ่านการพิจารณาจากทุกแหล่งทุนมีการ ดำเนินการตามแผน เช่น สำเนาการผ่านการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน และมีสำเนา / Print screen การรายงาน ความก้าวหน้าในระบบของแหล่งทุนนั้น ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ</p>

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

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

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

คำอธิบาย :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน	- Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)	- Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานและหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์) ที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศอย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศอย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอที่ประชุม วิชาการต่างประเทศ</u> และ / หรือ <u>ตีพิมพ์ ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ย้อนหลังได้ 2 ปี นับจากปีที่ได้ตีพิมพ์)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ หน่วยงาน <u>นำเสนอที่ประชุมวิชาการ ต่างประเทศ</u> และ / หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสาร ทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทาง การแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2564 – 2566)

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
3. แผนปฏิบัติการเรื่อง
 1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
 2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการ
คิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

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

การคำนวณ

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีคณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานมีแผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของหน่วยงาน ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 1 ได้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.25 = 0.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ มีกลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน และมีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตาม

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 2 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ = $4 \times 0.25 = 1.00$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการที่นำไปใช้ประโยชน์ และนำเสนอผู้บริหาร และผลงานวิชาการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 3 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.25 = 0.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่างๆ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

หน่วยงาน ก มีโครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่างๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565 มีโครงการวิจัยที่เสนอขอของงบประมาณสนับสนุนจากทุกแหล่งทุนต่างๆ อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2566 และเสนอขอของงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2567 มีโครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 และมีการดำเนินการตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 4 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ = $4 \times 0.10 = 0.40$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ(น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานและหน่วยงานอื่น มีผลงานนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ อย่างน้อย 1 เรื่อง และได้ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ อย่างน้อย 1 เรื่อง

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 5 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ = $4 \times 0.15 = 0.60$ คะแนน

สรุปผลรวมของคะแนนของหน่วยงาน ก.

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research /TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์
(น้ำหนัก : ร้อยละ 15) คำนวณจาก

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

กรณีตัวอย่าง

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

นำผลรวมของคะแนนที่ได้เทียบตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ (ดังตาราง) เป็นระดับความสำเร็จ

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

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

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

หมายเหตุ :

- การปิดทศนิยมตามหลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์
- อาจมีการปรับน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบในปีต่อไปเพื่อความเหมาะสมในการพัฒนาความก้าวหน้าและผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

แนวทางการประเมินผล :

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2566 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2566 ระดับคะแนน 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
2. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 15

คำอธิบาย :

ตามที่แผนปฏิบัติการปี 2566 – 2570 กรมการแพทย์กำหนดกลยุทธ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence : COE) ทั้ง 15 ด้าน ของกรมการแพทย์ ได้แก่ ด้านจักษุวิทยา ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านระบบประสาท ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านทันตกรรม และด้านโรคเด็ก

มีการกำหนดเกณฑ์การประเมิน COE ใหม่ เป็น 6 มิติ ประกอบด้วย

- (1) Comprehensive health care & High technology transfer
- (2) Research and Development
- (3) Training and Reference
- (4) Collaboration Network
- (5) Policy Advocacy
- (6) ระบบสนับสนุน

โดยกำหนดระดับคะแนนใช้ในการพัฒนางาน COE ของกรมการแพทย์ และสถาบันโดยปรับระดับคะแนนให้มีการตอบสนองระบบการทำงานของหน่วยงานส่วนกลาง บูรณาการร่วมมือประสานสนับสนุน COE ตามความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์ระดับชาติทัดเทียมระดับสากล โดยระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความท้าทายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนครอบคลุม 6 มิติ

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของหน่วยงานและหน่วยงานสนับสนุนในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุม 6 มิติ มีค่าเฉลี่ยภาพรวมใน 6 มิติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติน่ากว่า 4 ภายใน 3 ปี สำหรับหน่วยงานที่มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์นอกเหนือจากบทบาทหลักตามกฎกระทรวงฯ ทั้ง 15 ด้าน แล้วหากต้องการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ สามารถทำข้อตกลงโดยกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ต้องการดำเนินการเพิ่มเติมได้ เพื่อประเมินศักยภาพและโอกาสในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

การวัดระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ กำหนดการวัดที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามที่ประกาศในกฎกระทรวงฯ 15 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (32 หน่วยงาน)

ศูนย์ความเป็นเลิศ (ด้าน)	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานรอง
9. ด้านโรคมะเร็ง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	รพ.มะเร็งชลบุรี รพ.มะเร็งลพบุรี รพ.มะเร็งลำปาง รพ.มะเร็งอุบลราชธานี รพ.มะเร็งอุดรธานี รพ.มะเร็งสุราษฎร์ธานี รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณบุรี

ตารางผลคะแนนเฉลี่ย Overall scoring เทียบระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน Overall Scoring	
	6 เดือน	12 เดือน
1	-	-
2	-	-
3	1.00 – 1.99	1.00 - 2.99
4	2.00 – 2.99	3.00 - 3.99
5	3.00 ขึ้นไป	4.00 ขึ้นไป

คะแนนเป้าหมายของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

กำหนดเป็น 6 มิติ เพื่อใช้ประเมินการพัฒนาศักยภาพของ COE กรมการแพทย์ ปี 2566

มิติในการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติ		ค่าน้ำหนักคะแนน
	6 เดือน	12 เดือน	
มิติที่ 1 Comprehensive health care & High technology transfer	3	4	15%
มิติที่ 2 Research and Development	3	4	15%
มิติที่ 3 Training and Reference	3	4	15%
มิติที่ 4 Collaboration Network	3	4	15%
มิติที่ 5 Policy Advocacy	3	4	20%
มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน	3	4	20%

รายละเอียดแบบประเมินศักยภาพศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

มิติที่ 1 การจัดบริการทางการแพทย์อย่างครบถ้วนแบบไร้รอยต่อ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Comprehensive health care & High technology transfer) (ร้อยละ 15)

การจัดบริการทางการแพทย์อย่างครบถ้วนแบบไร้รอยต่อ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นการบริการที่ครอบคลุมการดูแลในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ถึงระดับตติยภูมิ มีการวางแผนหรือกระบวนการที่ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล และการรับส่งต่อ หรือส่งกลับ โดยประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีจุดหรือหน่วยบริการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องผ่านไปใช้บริการ (Touchpoints) ตั้งแต่ต้นจนจบ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 1 Comprehensive health care & High technology transfer					
1.1	Super tertiary การบริการระดับ ตติยภูมิและสูงกว่า	มีการวัดและ ประเมินตัวชี้วัด ด้านกระบวนการ ผลลัพธ์เชิง คุณภาพ	มีการเปรียบเทียบ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ กับสถาบันอื่นใน ระดับเดียวกัน ทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ	มีผลลัพธ์เชิง คุณภาพเป็น ต้นแบบของ ประเทศและ เทียบเคียงกับ มาตรฐานวิชาชีพ หรือดีกว่า ต่างประเทศ	High technology ให้รวม Precision Medicine หรือ อื่น ๆ ในอนาคต ตามบริบทที่ กรมการแพทย์หรือ COE วางไว้ใน อนาคต
1.2	Referral : การรับส่งต่อ (ประสิทธิภาพของ การ refer)	มีแนวทาง/ระบบ ในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยในเครือข่าย กรมการแพทย์ หรือในกระทรวง สาธารณสุข	มีระบบและ นวัตกรรมที่ สนับสนุนการรับ- ส่งต่อในเครือข่าย นอกกระทรวง สาธารณสุข หรือในประเทศ	มีระบบและ นวัตกรรมที่ สนับสนุน การรับ-ส่งต่อ และ เป็นตัวอย่างใน เครือข่ายใน ประเทศ	
1.3	Comprehensive health care	มีการให้บริการ ดูแลสุขภาพ เฉพาะโรคตาม COE เฉพาะด้าน ยังไม่ครบถ้วน และต้องพัฒนา รูปแบบบริการให้ ถึงเป้าหมาย	มีการให้บริการ ดูแลสุขภาพเฉพาะ โรคตาม COE เฉพาะด้านอย่าง ครบถ้วน แต่ รูปแบบการ ให้บริการยังขาด Patient journey ที่ดี	มีการให้บริการดูแล สุขภาพเฉพาะโรค ตาม COE เฉพาะ ด้านอย่างครบถ้วน และมีรูปแบบการให้ บริการอย่าง Premium ทุกสิทธิ การรักษาโดย คำนึงถึง Patient journey ที่ดี เช่น ระบบติดตาม อาการ ระบบคิว เวลา ระบบ Confirm นัด ระบบ One stop service เป็นต้น	ความครบถ้วน คือ การให้บริการที่ครบ วงจรตามบริบทของ แต่ละ COE เช่นเดียวกับการ บริการ Super tertiary ที่ต้อง กำหนดการประเมิน คุณภาพตามบริบท ของ COE

หมายเหตุ

1. Scoring system ใช้ประเมินศักยภาพของ COE เพื่อพัฒนางานของ COE ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละ COE โดยเฉพาะมิติที่ 1 Comprehensive health care& High technology transfer ข้อ 1.1 Super tertiary ต้องมีการจัดทำมาตรฐานของแต่ละ COE และ commit กับกรมการแพทย์เพื่อการประเมิน และมีการประเมินก่อนและหลังพัฒนา เพื่อประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาว่ามีศักยภาพในการพัฒนาอย่างไร

2. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน และผลลัพธ์การดำเนินการให้ชัดเจนด้วย

3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน

4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

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

มิติที่ 2 การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) (ร้อยละ 15)

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ทำการศึกษาวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบสาเหตุ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำผลการวิจัยพัฒนามากำหนดรูปแบบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา การลดค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ตลอดจนบูรณาการโครงการวิจัย ชุดสิทธิประโยชน์ให้มีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 2 Research and Development					
2.1	การทำวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี	มีงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตีพิมพ์ระดับประเทศ หรือต่างประเทศ	มีงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตีพิมพ์ระดับประเทศหรือ ต่างประเทศ และมีการอ้างอิงในระดับ ต่างประเทศ	มีงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถนำมาสู่นวัตกรรมทางการแพทย์ สนับสนุนนโยบายสาธารณสุข และมีการอ้างอิงในวารสารระดับประเทศ	สามารถใช้ผลงานได้ 2 ปี ย้อนหลัง
2.2	การพัฒนา นวัตกรรม	มีการพัฒนา นวัตกรรมภายในหน่วยงาน	มีการพัฒนา นวัตกรรม ภายนอกหน่วยงาน	มีการพัฒนา นวัตกรรมระดับประเทศ และสามารถพัฒนาให้มีผลลัพธ์ต่อประชาชนในระดับประเทศ	สามารถใช้ผลงานได้ 2 ปี ย้อนหลัง

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
2.3	Model Development	มีการพัฒนาจำลองรูปแบบการให้บริการต้นแบบภายในหน่วยงาน	มีการนำจำลองรูปแบบการให้บริการต้นแบบไปใช้ภายนอกหน่วยงาน	มีการจำลองรูปแบบการให้บริการต้นแบบไปใช้ในระดับประเทศ	สามารถใช้ผลงานได้ 2 ปี ย้อนหลัง

หมายเหตุ

1. แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศหรือนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎกระทรวง นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการทางวิชาการ ในช่วงระยะเวลา 1 – 2 ปี

2. ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) การพัฒนานวัตกรรม (Innovation) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) ใช้ผลงานย้อนหลังไม่เกิน 2 ปี

3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

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

มิติที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการ (Training and Reference) (ร้อยละ 15)

การพัฒนาบุคลากร หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทักษะคิด แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุง การปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพื่อสร้างให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานรองรับการเปลี่ยนแปลง

การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ หมายถึงการเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล ด้านสถานการณ์ ด้านวิชาการ โดยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความสูญเสียด้านชีวิตและทรัพย์สิน ทรัพยากร เครื่องมือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำมาประมวลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปกำหนดเป็นนโยบาย และการบริหารจัดการที่เหมาะสม มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่น รวมถึงบุคลากรเป็นที่ยอมรับอ้างอิง ได้รับเชิญเป็นคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ มีผลงานวิชาการถูกนำไปใช้ประโยชน์

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 3 Training and Reference					
3.1	Training : การพัฒนาบุคลากร	มีโครงการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขเป็นประจำต่อเนื่อง 3 ปี ที่ตรงกับความต้องการของประเทศ	มีการจัดฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขหลายหลักสูตร	มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขหลายหลักสูตรและหลายระดับ	
3.2	Reference : การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์	ได้รับการอ้างอิงทางวิชาการในระดับกระทรวงสาธารณสุข	ได้รับการอ้างอิงทางวิชาการในระดับประเทศ	ได้รับการอ้างอิงทางวิชาการระดับในและต่างประเทศ	

หมายเหตุ

1. หลักสูตร Training คือ หลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ เช่น แพทย์ประจำบ้าน การพยาบาลเฉพาะทาง สหวิชาชีพ ที่สถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะเฉพาะทาง และหลักสูตรนั้นต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นหลักสูตรที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง

2. มีผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรระหว่างประเทศ

3. โปรตรข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

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

มิติที่ 4 การสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่าย (Collaboration Network) (ร้อยละ 15)

การสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายทางวิชาการ หมายถึง การพัฒนาความเลิศทางการแพทย์จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดนั้นจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ต้องสร้างการมีส่วนร่วม และเครือข่ายในทางวิชาการ เพื่อยกระดับการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์ในทุกๆระดับ ทั้งในและต่างประเทศ สามารถเชื่อมต่อองค์ความรู้กับองค์กรหรือสภาวิชาชีพเพื่อความครอบคลุมในการขยายการพัฒนา และการให้บริการวิชาการหรือการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 4 Collaboration Network					
4.1	Collaboration Network : การมีเครือข่าย วิชาการและ การบริการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Open Platform)	มีเครือข่ายและผล การดำเนินงาน อย่างประจักษ์ ทางด้านวิชาการ แพทย์และบริการ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กร ภายนอก การแพทย์และ กระทบวง สาธารณสุข เช่น conference แลกเปลี่ยน บุคลากร เป็นต้น	มีเครือข่ายและ ผลการดำเนินงาน อย่างประจักษ์ ทางด้านวิชาการ แพทย์และบริการ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กร ทั้งในและนอก กระทบวง สาธารณสุข เช่น CPG องค์ความรู้ เป็นต้น	มีการพัฒนาองค์ ความรู้ใหม่ในระดับ ความร่วมมือจาก บุคลากร และมี เครือข่ายและผล การดำเนินงานอย่าง ประจักษ์ทางด้าน วิชาการแพทย์ และบริการด้าน สาธารณสุข ร่วมกับ องค์กรภายในและ ภายนอกกระทบวง สาธารณสุข และ ต่างประเทศ	
4.2	Health Information	มีการรวบรวม ข้อมูล Health Information	ข้อมูล Health Information มีความครอบคลุม และมีการ เชื่อมโยงกับ เครือข่ายชัดเจน อย่างเป็นทางการ (Integrated Data centric)	ข้อมูล Health Information มีการ นำไปใช้ในการพัฒนา ประเทศ (Data Driven Policy Advocacy / Decision Making)	Data Driven Policy advocacy คือ ข้อมูลจาก COE นำไป ประกอบการ พิจารณาเชิง นโยบาย

หมายเหตุ

1. มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และบริการด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ หรือนอกกรมการแพทย์ เช่น ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานระหว่างประเทศ
2. มีการสำรวจข้อมูลภาระโรค กลุ่มอาการที่สำคัญ จะต้องเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาค สามารถร่วมดำเนินและใช้ข้อมูลเดียวกัน และมีรายงานการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน
4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

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

มิติที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) (ร้อยละ 20)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเชิงนโยบาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินงาน กลไกขับเคลื่อน การพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงาน / สถาบันรับผิดชอบ หรือที่กรมการแพทย์ รับผิดชอบผ่านกระบวนการศึกษาศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนมีนวัตกรรม หรือพัฒนารูปแบบให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติกับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเชิงนโยบายที่มีวัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินงานของนโยบาย หรือ กลไกดำเนินงานเชิงนโยบายให้ขับเคลื่อน การพัฒนาให้แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทั้งนโยบายที่มีการสั่งการจากผู้บริหาร (Top Down) และที่ขับเคลื่อนจากกรมการแพทย์ หรือ COE (Bottom up) โดยหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบ หรืองานที่กรมการแพทย์ รับผิดชอบผ่านความเห็นชอบของผู้บริหารกรมการแพทย์ ได้รับการคัดเลือกให้มีการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม พัฒนารูปแบบบริการ / ระบบ หรือชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของ เขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 5 Policy Advocacy					
5	Policy advocacy : ข้อเสนอเชิงนโยบาย	COE มีการเสนอ Policy Briefมายัง กรมการแพทย์	Policy ได้รับการคัดเลือกจาก ผู้บริหาร ตาม เกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด	Policy เป็นที่ยอมรับของกระทรวง และนโยบายถูกผลักดันในระดับชาติ	สามารถใช้ผลงานได้ 3 ปี ย้อนหลัง

หมายเหตุ

1. หัวข้อในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎกระทรวง
2. ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องผ่านกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ หรือวิจัยประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

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

มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน (Support System) (ร้อยละ 20)

หน่วยงานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ หมายถึง หน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ด้านการประเมินผลการพัฒนา ด้านเครือข่ายเขตสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน ด้านระบบสารสนเทศ ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านกฎหมาย ด้านการต่างประเทศ ได้แก่ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ กองบริหารการคลัง สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักกิติจิตัลการแพทย์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม สำนักงานเลขานุการกรม กลุ่มตรวจสอบภายใน และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยการจัดกระบวนการแบบบูรณาการไว้ในที่เดียวกันแบบ one stop Serviceให้เกิดความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ด้านการประเมินผลการพัฒนา ด้านเครือข่ายสุขภาพ ด้านการเงินด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน ด้านระบบสารสนเทศ ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านกฎหมาย ด้านระหว่างประเทศร่วมบูรณาการ ลดขั้นตอนให้แล้วเสร็จโดยสะดวก

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน					
6.1	Leadership : ทีมนำ	มีคณะกรรมการ COE โดยมีทีมนำ ร่วมอยู่ใน คณะกรรมการ	ผู้นำมีการนำ COE เป็นส่วน หนึ่งในนโยบาย โรงพยาบาล	ผู้นำมีการสนับสนุน ทรัพยากรในการ ดำเนินงาน COE อย่างเป็นรูปธรรม	
6.2	Ecosystem : ระบบ สนับสนุนงาน COE / บุคลากร/ สนับสนุน ด้านต่าง ๆ	- หน่วยงาน สนับสนุนงาน COE ในโรงพยาบาลอยู่ ในคณะกรรมการ COE - แหล่งเงินจาก โรงพยาบาล / สถาบัน - มีการสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE	- หน่วยงาน สนับสนุนงาน COE ประสาน งานกับ กรมการแพทย์ อย่างต่อเนื่อง - แหล่งเงินจาก กรมการแพทย์ - มีระบบ สนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE ที่เพียงพอและ มีการพัฒนา	- มีการสนับสนุน และประสานระหว่าง กรมการแพทย์และ COE อย่างดีเลิศ - มีระบบสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE ที่เพียงพอและมีการ พัฒนาความสามารถ บุคลากรอย่าง ต่อเนื่องและเชื่อมโยง เครือข่ายทั้งในและ ต่างประเทศ	ไม่ให้ข้อจำกัด เรื่องทรัพยากร ขัดขวางการ พัฒนา

ชื่อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
			ความสามารถ บุคลากรอย่าง ต่อเนื่อง		

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

วิธีการคิดคะแนน

1. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ประเมินศักยภาพของตนเองตามแบบประเมินการพัฒนาศักยภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

2. คะแนนของแต่ละข้อย่อให้นำมาเฉลี่ยรวมในแต่ละมิติ จากนั้นนำคะแนนในแต่ละมิติมาเฉลี่ยเป็น ภาพรวม 6 มิติ โดยใช้ประเมินทั้งสถาบันหลัก / สนับสนุนรวม ตามสูตร

$$\text{คะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติ} = A / B$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมของข้อย่อในแต่ละมิติ} = A$$

$$\text{จำนวนข้อย่อในแต่ละมิติ} = B$$

3. นำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละมิติของแบบประเมินมาเฉลี่ยเป็นคะแนน Overall Scoring

$$\text{คะแนนรวม Overall Scoring} = A / B$$

$$\text{คะแนนเฉลี่ยรวมของแต่ละมิติ} = A$$

$$\text{จำนวนมิติที่ประเมิน} = B$$

แนวทางการประเมินผล :

- ระยะเวลา / ความถี่รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการทุก 6 เดือน ส่งกองวิชาการแพทย์
- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 15 ด้าน สังกัดกรมการแพทย์
- หลักฐานแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ จาก QR code
- หลักฐานข้อมูลอ้างอิงอย่างชัดเจนทุกองค์ประกอบ



รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

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

ตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการ การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร ตลอดจนกลยุทธ์และเครื่องมืออย่างเป็นระบบที่สามารถดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

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

คำนิยาม :

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

1. นวัตกรรมที่ตอบสนองนโยบาย (Policy related Innovation) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องนโยบายระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายกรมการแพทย์ ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน : ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	6 เดือน	12 เดือน
1	1	1
2	1.01 – 1.50	1.01 – 2.00
3	1.51 – 2.00	2.01 – 3.00
4	2.01 – 2.50	3.01 – 4.00
5	2.51 – 3.00 ขึ้นไป	4.01 – 5.00

แบ่งระดับการให้คะแนนโดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ คือ

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

องค์ประกอบ 1 : โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)

น้ำหนัก : ร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีโครงสร้าง และการดำเนินงานในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หรือผู้บริหาร มอบนโยบายและหรือให้ความสำคัญ หรือ หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความสามารถในการพัฒนาหรือสนับสนุนนวัตกรรม	– คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา / จัดการ นวัตกรรมทางการแพทย์ – หน่วยงานย่อยที่ได้รับมอบหมายให้ รับผิดชอบงานนวัตกรรมทางการแพทย์ – เอกสารการจัดกิจกรรมที่แสดงว่า ผู้บริหารในหน่วยงานให้การสนับสนุนและ ให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรม
2	หน่วยงานมีแผนงาน / โครงการ / กิจกรรม พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ประจำปี งบประมาณ 2566	– แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์ ประจำปี งบประมาณ 2566
3	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ช่องว่าง / ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อหา แนวทางแก้ไข (ต้องมีแบบฟอร์มเพื่อเป็นแนวทาง ให้หน่วยงาน)	– ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง / ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็น ระบบ
4	หน่วยงานมีกรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทาง	– conceptual framework

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
	การแพทย์ (ต้องมีแบบฟอร์มเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงาน)	
5	หน่วยงานมีระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน	- ข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงานที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ

หมายเหตุ : ไม่ต้องดำเนินการตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 1 คือ

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

2. แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม หมายถึง แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม ที่หน่วยงานจัดทำขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการกระบวนการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ หรือนำของเดิมมาพัฒนาต่อยอดให้ดีขึ้น มีการของบประมาณหรือมีการเตรียมการไว้สำหรับดำเนินการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ หรือแผนพัฒนาหน่วยงานในด้านนวัตกรรมโดยเฉพาะ

3. การวิเคราะห์ช่องว่าง / ปัญหา (Gap Analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ช่องว่าง / ที่มาของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ

4. กรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การกำหนดขอบเขตของการสร้างนวัตกรรม ประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเครื่องมือ รูปแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงานที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ เป็นต้น

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

องค์ประกอบ 2 : การพัฒนานวัตกรรม (Development) หน้าที่ : ร้อยละ 50

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

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 2 คือ

1. การพัฒนาระดับศักยภาพนวัตกรรม หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ แนวคิดใหม่รวมถึงฝึกฝนการใช้เครื่องมือวิธีการเพื่อพัฒนานวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

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

3. แผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) หมายถึง แผนการดำเนินงานในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของหน่วยงาน

4. ต้นแบบนวัตกรรม (Prototype) หมายถึง การนำนวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการประดิษฐ์ คิดค้น พัฒนาจนได้เป็นชิ้นงานนวัตกรรมนำมาทดลองใช้ ปรับปรุง และหรือ วิจัยชิ้นงาน โดยผ่านคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงาน และหรือ ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการใช้ในคน (EC) (สำหรับนวัตกรรมที่นำมาใช้ในคน) อย่างเป็นทางการ ก่อนนำมาทดลองวิจัยในแผนกของหน่วยงานต้นสังกัด และนำผลการทดลองการวิจัยมาพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นจนเกิดเป็นต้นแบบนวัตกรรมที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้

5. Proposal หมายถึง รายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์ สมมติฐาน ความสำคัญและที่มาของปัญหา รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย ข้อจำกัด ผลที่คาดว่าจะได้รับ และตารางปฏิบัติงาน

6. รายงานฉบับสมบูรณ์ (full paper) หมายถึง การสรุปรายงานเพื่อแสดงรายละเอียดของการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมและผลของการดำเนินการ

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

องค์ประกอบ 3 : การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) : นำหนักร้อยละ 30

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน	- หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน
2	หน่วยงานนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและหรือภายนอกหน่วยงาน หรือสาธารณะ	- หลักฐานเชิงประจักษ์ การเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ
3	หน่วยงานมีการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น / มีเครือข่ายการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม	- หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดที่แสดงการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น - หลักฐานเชิงประจักษ์ในการมีเครือข่ายความร่วมมือ หรือ MOU
4	มีกระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาหรือจดทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือมาตรฐานอื่น ๆ	- เลขที่คำขอการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา - เลขที่จดแจ้ง อย. - เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
5	มีการนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ และหรือเชิงพาณิชย์ และหรือเชิงนโยบาย	- ข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม / รายชื่อหน่วยงาน องค์กรที่ร่วมพัฒนา และหรือสัญญาความร่วมมือ และหรือข้อตกลงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม และหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทย

หมายเหตุ : ผลงานที่นำมาตอบ ไม่จำเป็นต้องเป็นชิ้นงานเดียวกัน / ไม่ต้องดำเนินการตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 3 คือ

1. หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานประกาศนำนวัตกรรมทางการแพทย์ขึ้นนั้นมาใช้ในหน่วยงาน รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
2. หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานอื่นขอนำนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้ประโยชน์ รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
3. การจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การมีแผนการดำเนินการและข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดสู่การจับคู่เจรจา ซึ่งเป็นกระบวนการตั้งแต่ 2 หน่วยงาน ทำการเจรจาเพื่อพัฒนานวัตกรรมให้ได้มาตรฐาน หรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม และสามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ของ หรือบริการทางการแพทย์ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามหาข้อยุติต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพ

4. กระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หมายถึง การเขียนหนังสือคำร้องขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์ โดยส่งผ่านกรมการแพทย์ให้ดำเนินการ และหรือได้รับเลขคำขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยสามารถยื่นเรื่องเดิมได้ หากยังเป็นชิ้นงานที่อยู่ใน กระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ยื่นคำขอ แก้ไข ประกาศโฆษณา ตั้งแต่เริ่มยื่นจนกว่าจะได้รับการ จดความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

5. การนำไปใช้เชิงสาธารณะ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถเป็นต้นแบบนำไปพัฒนาระบบการดูแล รักษา วินิจฉัยทางการแพทย์ หรือฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นในประเทศหรือต่างประเทศได้ อย่างแพร่หลาย

6. การนำไปใช้เชิงพาณิชย์ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถนำไปเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิด รายได้ต่อหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกรมการแพทย์

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

แนวทางการประเมินผล :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	ระดับความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
2. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
3. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

เขตสุขภาพ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการทำงานมุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพ ครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค ที่มีการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทางด้านต่าง ๆ จำนวน 32 แห่ง

ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหา จัดทำ Service mapping และจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนความเป็นเลิศทางการแพทย์ใน 5 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) สาขายาเสพติด (Drugs Addict) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) และสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ กรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี รวมถึงสาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์

คำอธิบาย

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการมีบทบาทภารกิจในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่าเสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการทางการแพทย์เฉพาะทางระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากซับซ้อน โดยใช้หลักการการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนและสนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เสริมสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการทางสาธารณสุขในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด

จากการดำเนินการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของ ประเทศ ที่ผ่านมามีประสิทธิผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชนและ ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ตามแผนปฏิบัติการ กรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (ปี 2566 – 2570) ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราป่วย ด้วยโรคสำคัญ ลดลง 3 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI) และสาขาทารกแรกเกิด (Newborn) และตัวชี้วัดอัตราการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 2 สาขา คือ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) และสาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) และในปีงบประมาณ 2566 กรมการแพทย์มี นโยบายมุ่งเน้นในการขับเคลื่อนความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 5 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) สาขายาเสพติด (Drugs Addict) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สาขากลุ่มวัย ผู้สูงอายุ (Aging) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและเสริมสร้างความร่วมมือ ทางวิชาการและการจัดบริการในพื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์ที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น ลดอัตราป่วย และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอายุรศาสตร์ สาขาการดูแลระยะกลางสาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
2	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการกำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอายุรศาสตร์ สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
3	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการจัดทำแผนงาน / โครงการที่สอดคล้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอายุรศาสตร์ สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
4	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอายุรศาสตร์ สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
5	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
1	<p>โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขา ยาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัย ผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือด สมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และ สาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้อง กับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน</p>	<p>เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาตามบทบาทภารกิจ โรงพยาบาล / สถาบันสังกัด กรมการแพทย์</p>
2	<p>โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ กำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของ ปัญหาที่เกี่ยวกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขา กลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขา โรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน</p>	<p>กำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ความเป็นเลิศทางการแพทย์</p>
3	<p>โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มี การจัดทำแผนงาน / โครงการที่สอดคล้องกับ ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขา ที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือด สมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขา ทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้อง</p>	<p>แผนงาน / โครงการ ที่ได้รับการสนับสนุน จากกรมการแพทย์</p>

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
	กับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน	
4	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขาพยาธิวิทยา สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน	กิจกรรมการสนับสนุนด้านวิชาการหรือการจัดบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์
5	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค	รายงานสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

แนวทางการประเมินผล :

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

รายละเอียดดำเนินการ

สาขา	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์
1. ด้านโรคมะเร็ง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
	โรงพยาบาลมหาชิรราชลพบุรี

สาขา	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์
2. ด้านยาเสพติด	สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
3. ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
4. ด้าน Intermediate Care (การดูแลระยะกลาง)	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
	โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง
5. ด้านโรคหลอดเลือดสมอง	สถาบันประสาทวิทยา
	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
6. ด้านโรคผิวหนัง	สถาบันโรคผิวหนัง
	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
7. ด้านโสต ศอ นาสิก	โรงพยาบาลราชวิถี
8. ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	
9. ด้านอาชีวเวชศาสตร์	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
10. ด้านภาวะการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้สูงอายุ	โรงพยาบาลเลิดสิน
11. ด้านโรคหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก
12. ด้านจักษุวิทยา	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
13. ด้านทันตกรรม	สถาบันทันตกรรม
14. ด้านทารกแรกเกิด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
15. ด้านพยาธิวิทยา	สถาบันพยาธิวิทยา
16. ด้านพระสงฆ์	โรงพยาบาลสงฆ์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือ ด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. ข้อมูลจากคณะกรรมการ Service Plan
2. ข้อมูลจากภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2249

มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561 – 2580) ด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เน้นความสุขของเจ้าหน้าที่ และความยั่งยืนของระบบ ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์สำคัญ ประกอบด้วย (1) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention, Promotion and Protection excellence) (2) บริการเป็นเลิศ (Service excellence) (3) บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) และ (4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) เน้นให้มี “การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐ ให้สาธารณสุขไทยเป็นเรื่องง่าย สะดวก เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว” สอดคล้องกับเข็มมุ่งของกรมการแพทย์ ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)” จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูลองค์ความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลาารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

นิยาม : หน่วยงานบริการ หมายถึง โรงพยาบาล / สถาบัน ในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 31 หน่วยงาน ดังนี้

1	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	17	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	18	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
3	โรงพยาบาลราชวิถี	19	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
4	โรงพยาบาลเลิดสิน	20	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
5	โรงพยาบาลสงฆ์	21	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
6	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	22	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลอภัยภูธรราชบุรี
8	สถาบันประสาทวิทยา	24	โรงพยาบาลอภัยภูธรราชบุรี
9	สถาบันพยาธิวิทยา	25	โรงพยาบาลอภัยภูธรราชบุรีขอนแก่น
10	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	26	โรงพยาบาลอภัยภูธรราชบุรีปัตตานี

11	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ	27	โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
12	สถาบันโรคทรวงอก	28	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
13	สถาบันโรคผิวหนัง	29	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ
14	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	30	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
15	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	31	โรงพยาบาลเวชชาธิกร ลำปาง
16	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี		

เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง

มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) คือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

มาตรฐาน AHA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (AHA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่ง และมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป

มาตรฐาน JCI (Joint commission International Accredited) คือ กระบวนการประเมินสถานพยาบาลโดย The Joint Commission (USA) เพื่อพิจารณาว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนด (มาตรฐาน) ที่ถูกออกแบบมาเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการรับรองเป็นไปโดยความสมัครใจ มาตรฐานเพื่อการรับรองจะคำนึงถึงระดับสูงสุดที่สามารถบรรลุได้ในทางปฏิบัติ (optimal and achievable) เพื่อให้องค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลที่ปลอดภัย และทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย และบุคลากร เป็นการรับรองที่ได้รับความสนใจจากทั่วโลก ว่าเป็นเครื่องมือการจัดการและประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ

การรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Certification : PDSC) เป็นการส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (DSC) โดยใช้มาตรฐานเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards; PDSS) เป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะที่เมื่อรวบรวมได้หลายโรค / หลายระบบ จะก้าวสู่การขอรับรอง Advanced HA ได้ต่อไป การรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค / เฉพาะระบบยังเป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วย

- (1) ค้นหาเพื่อยกย่องชมเชย clinical excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้
 - (2) ส่งเสริมการใช้แนวคิด continuous improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง
- มาตรฐานอื่น ๆ ที่โรงพยาบาล / สถาบัน ขอรับการประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	รายงานข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล / สถาบัน
2	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ
3	จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน ตามบริบทของหน่วยงาน
4	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานฯ
5	สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	รายงานข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล / สถาบัน	รายงานข้อมูลพื้นฐาน ผ่าน Google forms ภายในวันที่ 31 มกราคม 2566
2	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ - กรณีไม่มีการแต่งตั้ง คกก.พัฒนาคุณภาพฯ ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานมีการดำเนินการพัฒนาฯ เช่น คำสั่ง คกก.บริหารฯ / วาระและรายงานการประชุมที่มีการระบุ / มอบหมาย / กำหนดให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล / สถาบัน เป็นต้น
3	จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน ตามบริบทของหน่วยงาน	แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน จะดำเนินการในปีงบประมาณ (แบบฟอร์มที่ 1)
4	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานฯ	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนฯ ที่กำหนดระบุปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (สรุปผลการดำเนินงาน ณ เดือนกรกฎาคม 2566)
5	สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ	สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของ

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
	HA Survey (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)	ผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey (แบบฟอร์มที่ 2)

หมายเหตุ :

- รายงานข้อมูลพื้นฐานที่ <https://forms.gle/GPHjkNx3QKfmhzAv5> หรือแสกน QR Code ด้านล่าง
- สามารถ Download แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องได้ที่ <https://bit.ly/3RKN2Er> หรือแสกน QR Code ด้านล่าง



แนวทางการประเมิน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสถานบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ระดับ ความสำเร็จ	N/A	N/A	N/A

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- การปฏิบัติงานพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2207

ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อยกระดับการบริหารจัดการภาครัฐ การบริการ และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกการมอบรางวัลเลิศรัฐ

รางวัลเลิศรัฐ ที่หน่วยงานสามารถส่งผลงานสมัคร แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

(1) รางวัลบริการภาครัฐ (Thailand Public Service Awards : TPSA) เป็นรางวัลอันทรงเกียรติที่มอบให้กับหน่วยงานของรัฐที่มีผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส เป็นธรรม และเป็นที่ยังพอใจ ดังนั้นหน่วยงานที่ได้รับรางวัลบริการภาครัฐ จึงถือได้ว่าเป็นหน่วยงานที่มีผลการทำงานในการยกระดับคุณภาพการให้บริการที่ประสบผลสำเร็จ และสามารถสร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นให้หน่วยงานมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเภทรางวัล

- 1) นวัตกรรมบริการ
- 2) พัฒนาการบริการ
- 3) ประเภทขยายผลมาตรฐานการบริการ
- 4) ประเภทบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการ
- 5) ประเภทระดับบริการที่ตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด 19
- 6) ประเภทระดับการอำนวยความสะดวก

(2) รางวัลบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เป็นรางวัลที่มอบให้กับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และสร้างขวัญกำลังใจในการเปิดระบบราชการให้ประชาชนและภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการและทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) การรับฟังความคิดเห็น (consult) การเข้ามาเกี่ยวข้อง (Involve) ไปจนถึงการสร้างความร่วมมือ (Collaborate) ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมอำนาจและศักยภาพของประชาชนให้เข้มแข็ง รวมทั้งสร้างความภาคภูมิใจของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนหรือผลักดันการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ อันนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารราชการที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเภทรางวัล ได้แก่

- 1) เปิดใจใกล้ชิดประชาชน (Open Governance)
- 2) สัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม (Effective Change)
- 3) ผู้นำหุ่นส่วนความร่วมมือ (Engaged Citizen)
- 4) เลือกลือขยายผล (Participation Expanded)
- 5) ร่วมใจแก้จน (Collaboration towards Poverty Eradication)

ระดับความสำเร็จในการสมัครรางวัลเลิศรัฐ คือ จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัลเลิศรัฐ

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาล / สถาบัน ส่งบุคลากรเข้าอบรม
2	โรงพยาบาล / สถาบัน เสนอชื่อผลงาน
3	โรงพยาบาล / สถาบัน จัดทำ (ร่าง) ผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ
4	โรงพยาบาล / สถาบัน ลงข้อมูลในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th
5	โรงพยาบาล / สถาบัน ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน ในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	โรงพยาบาล / สถาบัน ส่งบุคลากรเข้าอบรม	รายชื่อบุคลากรที่เข้าอบรม / ภาพการเข้าอบรมของบุคลากร
2	โรงพยาบาล / สถาบัน เสนอชื่อผลงาน	ชื่อผลงานที่สมัครรางวัลเลิศรัฐ
3	โรงพยาบาล / สถาบัน จัดทำ (ร่าง) ผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ	ร่างผลงานที่หน่วยงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ
4	โรงพยาบาล / สถาบัน ลงข้อมูลในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th	ภาพถ่ายหน้าจอ (screenshot) การลงข้อมูลในระบบของสำนักงาน ก.พ.ร. ครบถ้วน สมบูรณ์ https://awards.opdc.go.th
5	โรงพยาบาล / สถาบัน ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน ในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th	

แนวทางการประเมินผล :

- การส่งผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ ผ่านระบบของสำนักงาน ก.พ.ร.

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- Website สำนักงาน ก.พ.ร. (<https://www.opdc.go.th>)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1555
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2600
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2207

ตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0 (หน่วยงานสนับสนุน)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ -

คำอธิบาย :

ด้วยวิสัยทัศน์ของประเทศไทย “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีฐานคิดหลัก คือ เปลี่ยนจากการผลิตสินค้าโภคภัณฑ์ไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม และเปลี่ยนจากการเน้นภาคการผลิตสินค้าไปสู่การเน้นภาคบริการมากขึ้น เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าว รัฐบาลจึงมีนโยบายที่จะใช้โมเดลขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม เพื่อพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นประเทศไทย 4.0 ดังนั้นระบบราชการจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสอดรับกับบริบท ที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นประเทศไทย 4.0 โดยภาครัฐหรือระบบราชการจะต้องทำงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเป็นหลัก (Better Governance, Happier Citizens) หมายความว่า ระบบราชการไทยจะต้องปฏิรูปขนานใหญ่ เพื่อให้สามารถเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นฟังของประชาชนได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ ภาครัฐต้องปรับตัวและต้องพลิกโฉมเข้าสู่ยุคดิจิทัล ยกกระดับประสิทธิภาพภาครัฐสู่สังคมดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมในยุคดิจิทัลท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและไม่สามารถคาดเดาได้ ดังนั้น ภาครัฐจึงต้องมุ่งเน้นความคล่องตัวเพื่อขับเคลื่อนภารกิจพิเศษ (Agenda-based) และนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาพลิกโฉมหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 (Government 4.0 หรือ Gov. 4.0) อันเป็นฟันเฟืองและเสาหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาล ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องกับทิศทางในการบริหารงานของประเทศให้ก้าวสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งจะส่งผลให้กลไกการพัฒนาระบบราชการมีการปรับตัวต่อความท้าทายใหม่ ๆ อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันกับนานาประเทศ และยังเป็นการยกระดับสมรรถนะของหน่วยงานภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดของการพัฒนาหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 เพื่อให้รองรับต่อการเปลี่ยนแปลงและการเป็นประเทศไทย 4.0 ตามนโยบายของรัฐบาล ดังนั้น การพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 จึงมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ภาครัฐสามารถเป็นที่ฟัง ที่เชื่อถือและไว้วางใจได้ของประชาชน โดยได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบราชการไว้ ดังนี้

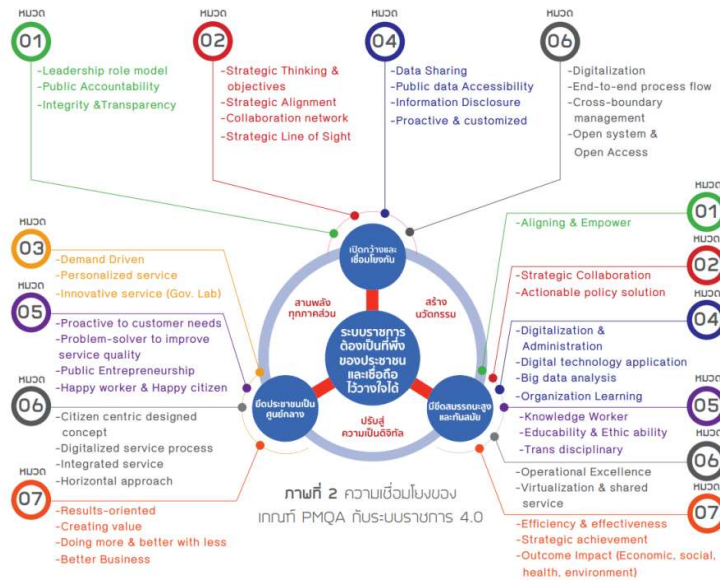
1. ระบบราชการที่เปิดกว้างและเชื่อมโยงถึงกัน (Open & Connected Government) ต้องมีความเปิดเผยโปร่งใสในการทำงาน โดยบุคคลภายนอกสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของทางราชการ หรือมีการแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน และสามารถเข้ามาตรวจสอบการทำงานได้ ตลอดจนเปิดกว้างให้กลไกหรือภาคส่วนอื่น ๆ เช่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วม และโอนถ่ายภารกิจที่ภาครัฐไม่ควรดำเนินการเองออกไปให้แก่ภาคส่วนอื่น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการแทน โดยการจัดระเบียบความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างให้สอดรับกับการทำงาน ในแนวระนาบ ในลักษณะของเครือข่ายมากกว่าตามสายการบังคับบัญชา

ในแนวคิด ขณะเดียวกันก็ยังคงเชื่อมโยงการทำงานภายในภาครัฐด้วยกันเองให้มีเอกภาพและสอดคล้องประสานกัน ไม่ว่าจะเป็นการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

2. ระบบราชการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric Government) ต้องทำงานในเชิงรุกและมองไปข้างหน้า โดยตั้งคำถามกับตนเองเสมอว่า ประชาชนจะได้อะไร มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยไม่ต้องรอให้ประชาชนเข้ามาติดต่อขอรับบริการหรือร้องขอความช่วยเหลือจากทางราชการ (Proactive Public Services) รวมทั้งใช้ประโยชน์จากข้อมูลของทางราชการ (Big Government Data) และระบบดิจิทัลสมัยใหม่ในการจัดบริการสาธารณะที่ตรงกับความต้องการของประชาชน (Personalized หรือ Tailored Services) พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกโดยมีการเชื่อมโยงกันเองของหน่วยงานราชการเพื่อให้บริการต่าง ๆ สามารถเสร็จสิ้นในจุดเดียว ประชาชนสามารถเรียกใช้บริการของทางราชการได้ตลอดเวลาตามความต้องการของตนและผ่านการติดต่อได้หลายช่องทางผสมผสานกัน ไม่ว่าจะเป็นติดต่อมาด้วยตนเอง อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ โซเชียลมีเดีย หรือแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์มือถือ

3. หน่วยงานของรัฐมีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย (Smart & High Performance Government) ต้องทำงานอย่างเตรียมการณ้ไว้ล่วงหน้า มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง สร้างนวัตกรรมหรือความคิดริเริ่มและประยุกต์องค์ความรู้ในแบบสหสาขาวิชาเข้ามาใช้ในการตอบโต้กับโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เพื่อสร้างคุณค่า มีความยืดหยุ่นและความสามารถในการตอบสนองกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างทันเวลา ตลอดจนเป็นองค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูง และปรับตัวเข้าสู่สภาพความเป็นสำนักงานสมัยใหม่ รวมทั้งทำให้ข้าราชการมีความผูกพันต่อการปฏิบัติราชการและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับบทบาทของตน

จากแนวคิดของระบบราชการ 4.0 ดังกล่าว สำนักงาน ก.พ.ร. ได้นำมาพัฒนาเครื่องมือเพื่อส่งเสริมให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาองค์กรเพื่อตอบโจทย์การพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 โดยเชื่อมโยงกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMOA) ดังภาพที่ 2 ซึ่งได้ส่งเสริมให้ส่วนราชการนำมาใช้ในการวิเคราะห์และปรับปรุงองค์กรตั้งแตปี พ.ศ. 2549 เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMOA) มีข้อกำหนดที่พัฒนาบนแนวคิดของการบริหารจัดการเชิงบูรณาการที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศสามารถนำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับคุณลักษณะทั้ง 3 มิติของระบบราชการ 4.0 ได้ดังนี้



หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่

- (1) สำนักงานเลขานุการกรม
- (2) กองบริหารการคลัง
- (3) สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- (4) กองบริหารทรัพยากรบุคคล
- (5) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
- (6) กองวิชาการแพทย์
- (7) สำนักนิเทศการแพทย์
- (8) กลุ่มตรวจสอบภายใน
- (9) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
- (10) สำนักดิจิทัลการแพทย์
- (11) กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม

ตัวชี้วัดที่ 2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กรมการแพทย์

คำนิยาม

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

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานทุกประเภท ตำแหน่งระดับที่ทำงานให้กับหน่วยงานมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่มารับบริการหรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

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

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) ตามระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม
2	2.1 หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรมเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
	2.2 มีกิจกรรมอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ 1) การประกาศเจตนารมณ์สุจริตในหน่วยงาน 2) ผู้ประสานงานถ่ายทอดความรู้การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และสำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้

3	หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2567

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ขั้นตอน / ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	หลักฐาน	ระยะเวลา ดำเนินการ
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม	ตรวจสอบจากการส่งรายชื่อจาก Google Form	พ.ย. 2565
2	2.1 หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรมเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	ตรวจสอบจากการเข้าประชุมผ่านระบบ Teleconference	พ.ย. – ธ.ค. 2565
	2.2 มีกิจกรรมอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ 1) การประกาศเจตนารมณ์สุจริตในหน่วยงาน 2) ประสานงาน ถ่ายทอดความรู้การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และสำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้	1) รูปภาพกิจกรรม 2) รูปภาพกิจกรรม 3) ผลสำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้	ธ.ค. 2565 – ก.พ. 2566
3	หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด	ตรวจสอบการส่งรายชื่อตามแบบที่ ป.ป.ช. กำหนดทาง e-mail: law.dms@dms.mail.go.th	ม.ค. – มีค. 2566
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ใน	จำนวนผู้ตอบแบบวัดการรับรู้ภาพรวมกรมการแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับจำนวนที่ ป.ป.ช.	ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด

ขั้นตอน / ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	หลักฐาน	ระยะเวลา ดำเนินการ
	ระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	กำหนด	
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อม ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2567	สรุปผลการดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะ ส่งทางe-mail : law.dms@dms.mail.go.th	ก.ค. 2566

หมายเหตุ : **กำหนดการหรือรูปแบบอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามแนวทางที่ ป.ป.ช. กำหนด

แนวทางการประเมินผล :

รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2566 ระดับคะแนน 1 – 3

รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2566 ระดับคะแนน 4 – 5

ทั้งนี้ หน่วยงานต้องดำเนินงานตามขั้นตอนเรียงตามระดับ หากมิได้ดำเนินการตามขั้นตอน / ระดับใด จะได้รับคะแนนตามจำนวนขั้นตอน / ระดับที่ได้ดำเนินการเท่านั้น

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- คณะกรรมการดำเนินงานด้านคุณธรรมจริยธรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ภารกิจด้านอำนวยการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1517, 1518

มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานจากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

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

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใสและเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่าย+PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2566	68	72	76	80	84

หมายเหตุ

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับร้อยละ 84 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายกรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ในระบบ GFMS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

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

แนวทางการประเมินผล

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายภาพรวม	ร้อยละ	95.53	90.97	76.95

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลการติดตามประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี จากกลุ่มงานการเงินและบัญชี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS)

การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำปีไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำปี) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณด้วย

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

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่าย} + \text{PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ} + \text{โอนเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2566	64	68	72	76	80

หมายเหตุ :

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 80 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามกรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)

3. เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน
หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ในระบบ GFMS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

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

แนวทางการประเมินผล

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายลงทุน	ร้อยละ	100	100	75.44

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จากกลุ่มงานการเงินและบัญชี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

ตัวชี้วัดที่ 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมแต่ประเทศไทย มิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือ การส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 10% เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยลดรายจ่ายของประเทศโดยลดการนำเข้าน้ำมันจากต่างประเทศ

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จ และครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยกิโลวัตต์ – ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
5	<p>มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี</p> <p>มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์ – ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี</p>

หมายเหตุ :กรณีหน่วยงานในอาคารกรมการแพทย์ ให้ใช้ฐานข้อมูลของกองบริหารการคลังในการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน	– Print Screen หน้ารายงานการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th	– Print Screen หน้ารายงานการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จ และครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์ – ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566)
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วน ตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566)
	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์ – ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณ	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า และข้อมูลปริมาณ

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ
	พลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปี งบประมาณ 2566 ครบถ้วน ตามรอบการประเมิน รอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อน เจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566)

แนวทางการประเมินผล

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตาม มาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	ระดับ ความสำเร็จ	5	5	5

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

1. งานซ่อมบำรุงรักษา รวบรวมปริมาณการใช้ไฟฟ้าจากใบแจ้งหนี้ค่าไฟฟ้า
2. งานเคหะบริการ บันทึกประมาณการเปิดใช้น้ำมันเชื้อเพลิง
3. คณะกรรมการประหยัดพลังงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1503
คณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน	หมายเลขติดต่อ: 0 22026800 ต่อ 1312
นายสุรพันธ์ กาสุนันท์	หมายเลขติดต่อ: 0 22026800 ต่อ 2925

มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 6

คำอธิบาย :

การบริหารแผนปฏิบัติการ คือ การบริหารจัดการองค์กรให้มีการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนงาน ตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานภายใต้กรอบงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากแหล่งเงินต่าง ๆ อาทิ เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินนอกงบประมาณ โดยหน่วยงานตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา หรือข้อบกพร่อง ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบการทำงานตามภารกิจของหน่วยงานในช่วงปีปัจจุบัน

กรมการแพทย์ ดำเนินการสื่อสารและถ่ายทอดแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) โดยมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทุกแห่งแปลงแผนสู่การปฏิบัติได้อย่างมีทิศทางและนำองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาองค์กร โดยกระบวนการบริหารที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (Action plan) โดยจะสามารถช่วยในการติดตามประเมินผลได้ตลอดเวลา สามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตามสถานการณ์ (Adaptive strategy) และการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมไปถึงเกิดความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถประเมินความเสี่ยง และประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ สู่การวางแผนการบริหารงานอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพยิ่งขึ้นในปีต่อไป

คำนิยาม :

แผนปฏิบัติการหน่วยงาน หมายถึง แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (Action plan) จากแหล่งเงินงบประมาณและเงินบำรุงของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ปรากฏในระบบ PBMS

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ หมายถึง การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการหน่วยงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งประกอบด้วยโครงการ / กิจกรรม / เป้าหมาย / ระยะเวลา และควบคุมกำกับ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ

รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ หมายถึง สถานการณ์การรายงานความก้าวหน้าของโครงการ / กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในระบบ PBMS

ผลงานเด่น หมายถึง ผลลัพธ์ของงานสำคัญที่หน่วยงานสามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นรูปธรรม ส่งผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับแนวทางตามเป้าหมาย กลยุทธ์ แผนปฏิบัติราชการเรื่อง และแผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ที่ได้กำหนดไว้

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปีงบประมาณ 2565 (แผนงาน – แผนเงิน) สรุปลงผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) รวมทั้งการวางแผน การดำเนินการและการใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2566 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ บริหารของหน่วยงาน
2	การเชื่อมโยงแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) สู่การจัดทำ แผนปฏิบัติการหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้ แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

แนวทางการประเมินผล :

- พิจารณาจากความถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลา ของกระบวนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับคะแนน ตามเอกสาร / หลักฐาน ที่แสดงในโปรแกรม PBMS เว็บไซต์หน่วยงาน และเอกสารแนบในระบบรายงาน คำรับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) ประกอบการประเมินผล
- หน่วยงานสามารถปรับปรุง / เปลี่ยนแปลง แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณได้ โดยให้จัดส่ง รายละเอียดที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหน่วยงานมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในไตรมาสที่ 2 (มีนาคม 2566) โดยการขอปรับปรุง / เปลี่ยนแปลงแผนปฏิบัติการ ต้องเป็นผลกระทบที่ เกิดจากปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่ใช่ความบกพร่องของหน่วยงาน และไม่ใช่เหตุการณ์อันเกิดขึ้นได้โดยปกติ ทั้งนี้ ต้องส่งผลกระทบจนไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการที่ระบุไว้
- กรณีที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการ ขอให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็น ประกอบการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566)			
1	การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปีงบประมาณ 2565 (แผนงาน – แผนเงิน) สรุปผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) รวมทั้ง การวางแผนการดำเนินการและการใช้จ่ายปีงบประมาณ 2566 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน		
	1.1 สรุปผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	0.5	แนบไฟล์เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ฯ ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร
	1.2 รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงานที่ปรากฏวาระของการทบทวน ผลการดำเนินการ ปีงบประมาณ 2565 และจัดทำแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2566 ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในข้อ 1.1	0.5	แนบไฟล์รายงานการประชุมฯ ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร
	รวมคะแนน 1.1 + 1.2	1.0	
2	การเชื่อมโยงแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน (Action plan) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.6 คะแนน			
	2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน	0.6	แนบหนังสืออนุมัติ / เอกสารหลักฐานที่แสดงว่าแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
2	ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 0.4 คะแนน		
(ต่อ)	<p>2.2 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงินงบประมาณและเงินบำรุง ในระบบ PBMS</p> <p><i>การคิดคะแนน</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> $\times 100$ </div> <p>A = จำนวนโครงการเงินงบประมาณและ เงินบำรุงที่บันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการใน ระบบ PBMS</p> <p>B = จำนวนโครงการทั้งหมดที่ได้รับ จัดสรรงบประมาณและจำนวนโครงการเงิน บำรุงทั้งหมดที่สอดคล้องและตอบสนองต่อ แผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์</p> <p><i>* หมายเหตุ</i></p> <p>1. ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือนโครงการวิจัย ที่ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการศึกษาวิจัย</p> <p>2. โครงการเงินบำรุงทั้งหมดที่สอดคล้องและ ตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์ คือ โครงการที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นโครงการที่สอดคล้องและ ตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์ (ตามแผนเงินบำรุงของหน่วยงานที่ได้รับอนุมัติ)</p> <p>3. ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน</p>	0.4	<p>บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้โครงการที่บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ดังกล่าว จะต้องมีแผนการดำเนินการ โครงการให้แล้วเสร็จภายใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนมีนาคม 2566 <u>มากกว่าหรือเท่ากับ</u> <u>ร้อยละ 50</u> และ - เดือนสิงหาคม 2566 <u>มากกว่าหรือเท่ากับ</u> <u>ร้อยละ 90</u>
		0.2	<p>โครงการที่บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ดังกล่าว จะต้องมีแผนการดำเนินการ โครงการให้แล้วเสร็จภายใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนมีนาคม 2566 <u>น้อยกว่าร้อยละ 50</u> และ - เดือนสิงหาคม 2566 <u>น้อยกว่าร้อยละ 90</u>
		0.0	<p>กรณีหน่วยงานไม่มีการบันทึกข้อมูล แผนปฏิบัติการทั้งเงินงบประมาณและ เงินบำรุง ในระบบ PBMS</p>
	รวมคะแนน 2.1 + 2.2	1.0	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด *		
	<p><i>การคิดคะแนน (1)</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> × 100 </div> <p>A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566</p>	0.5	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
		0	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน น้อยกว่าร้อยละ 80
	<p><i>การคิดคะแนน (2)</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> × 100 </div> <p>C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้วในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด</p>	0.5	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล** การดำเนินงานในระบบ PBMS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30
		0	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล** การดำเนินงานในระบบ PBMS น้อยกว่าร้อยละ 30
	<p><i>* หมายเหตุ</i></p> <p>1. ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือนโครงการวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการศึกษาวิจัย</p> <p>2. ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน</p>	0	กรณีหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณและเงินบำรุง
	รวมคะแนน (1) + (2)		1.0

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
รอบที่ 2 : 6เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2566)			
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2566)ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด *		
	<i>การคิดคะแนน (1)</i> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-left: 20px;">× 100</div>	0.5	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
	A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ก.พ. – ก.ค. 2565	0	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน น้อยกว่าร้อยละ 80
	<i>การคิดคะแนน (2)</i> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-left: 20px;">× 100</div>	0.5	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล ** การดำเนินงานในระบบ PBMS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 <i>** สรุปผล หมายถึง การสรุปผลโครงการที่เสร็จสิ้นโดยให้รายงานผลการดำเนินงานที่ระบุผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์โครงการ พร้อมทั้งระบุเหตุผลหากจำเป็นต้องดำเนินการในปีถัดไป</i>
	C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้วในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด <i>* หมายเหตุ - ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน</i>	0	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล** การดำเนินงานในระบบ PBMS น้อยกว่าร้อยละ 80
		0	กรณีหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณและเงินบำรุง
	รวมคะแนน (1) + (2)	1.0	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
	ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.8 คะแนน		
	5.การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่น ในแต่ละแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 * รายละเอียดการเขียนผลงานเด่น 1.ชื่อประเด็น (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน) 2. ชื่อผลงาน 3. หลักการและเหตุผล 4. กระบวนการทำงาน (ขั้นตอน กิจกรรม) 5. ประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อหน่วยงาน กรมฯ กระทรวงฯ ประเทศ และประชาชน) <i>*แนบรูปภาพ (ไฟล์) .jpeg อย่างน้อย 2 - 4 รูปต่อประเด็น</i> <i>** แนบแผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566</i> <i>*** เพื่อให้การนำเสนอผลงานมีความชัดเจนควรนำเสนอผลงานโดยนำหลักการคิดเชิงระบบและการวิเคราะห์ 5W1H ใช้ประกอบการนำเสนอ</i>	1.0	ผลงานเด่น <u>ครบ</u> ตามแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) อย่างน้อย 1 ผลงาน ต่อแผนปฏิบัติราชการเรื่อง (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) รายงานผ่านระบบ E-PA
		0.5	ผลงานเด่น <u>ไม่ครบ</u> ตามแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) รายงานผ่านระบบ E-PA
		0	ไม่มีการรายงานผลงานเด่น
	รวมคะแนน	1.0	

หมายเหตุ : การรายงานผลการดำเนินงานที่ต้องส่งเอกสาร หลักฐาน ในระบบ E-PA ให้ส่งภายในกำหนดเวลาการเปิดระบบ E-PA ดังนี้

- รอบที่ 1: 4 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566) เป้าหมายระดับคะแนนที่ 3 ระบบ E-PA เปิดให้หน่วยงานรายงาน ระหว่างวันที่ 13 – 17 กุมภาพันธ์ 2566
- รอบที่ 2: 6 เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2566) เป้าหมายระดับคะแนนที่ 5 ระบบ E-PA เปิดให้หน่วยงานรายงาน ระหว่างวันที่ 14 – 18 สิงหาคม 2566

แนวทางการประเมินผล :

- รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2566 ระดับคะแนน 3
- รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2566 ระดับคะแนน 5

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหาร แผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	ร้อยละ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลจากกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1513
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1524, 3204

ตัวชี้วัดที่ 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)

น้ำหนัก : ร้อยละ 11

ตัวชี้วัดที่	เกณฑ์ที่ 1 มีครบทุกตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ 2 มีไม่ครบทุก ตัวชี้วัด
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	2	4
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	4	-
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และ เป็นปัจจุบัน	5	7

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

เกณฑ์ที่ 1 : หน่วยงานที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เงินบำรุง ประกอบด้วย

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

ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย

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

ขั้นที่ 1 ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

ขั้นที่ 2 นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการ รองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)

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

ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความคืบหน้าการดำเนินการ โดยหน่วยงานรายงาน ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) และรายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงานกำหนดแผนงาน / โครงการ รองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ใ้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ใ้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)
3	สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

หมายเหตุ : ระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ 4 และ 5 จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

แนวทางการประเมินผล :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมาเป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)	แผนงาน / โครงการรองรับ ในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)
3	สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 4
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	1. แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 2. แผนงาน / โครงการโดดเด่นที่ได้รับความคิดเห็นชอบและดำเนินการแล้วเสร็จ 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money)

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้าง องค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	ร้อยละ	5	5	5

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

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

ตัวชี้วัดที่ 4.2.2 **บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)**

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

คำอธิบาย :

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หมายถึง การดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่หน่วยงานออกคำสั่ง เพื่อให้ระบบข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน

คำนิยาม :

ความเคลื่อนไหว หมายถึง การจ้าง การลาออก การย้าย การเลื่อนค่าจ้างประจำปี คำสั่งแก้ไขความเคลื่อนไหวต่างๆ ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขภายในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

แนวทางการประเมินผล :

ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้กองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน จึงให้หน่วยงานส่งสำเนาคำสั่งฯ ผ่านระบบ Google form ตามแนวทางการประเมินผล ดังนี้

รอบการประเมินที่ 1	รอบการประเมินที่ 2
ครั้งที่ 1 ภายในเดือนตุลาคม 2565	ครั้งที่ 4 ภายในเดือนเมษายน 2566
ครั้งที่ 2 ภายในเดือนธันวาคม 2566	ครั้งที่ 5 ภายในเดือนมิถุนายน 2566
ครั้งที่ 3 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2566	ครั้งที่ 6 ภายในเดือนสิงหาคม 2566

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/ หลักฐาน การประเมินผล
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออก คำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	1. สำเนาคำสั่งฯ ที่ส่งผ่านระบบ Google form 2. วันที่ลงข้อมูลในระบบ HROPS
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/ หลักฐาน การประเมินผล
	พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	

หมายเหตุ :

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

จำนวนข้อมูลที่บันทึกความเคลื่อนไหวในระบบ HROPS ภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5)

หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ถูกต้องครบถ้วน

<p style="text-align: center;">วิธีการคิดคะแนน $((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5))$</p> <p style="text-align: center;">จำนวนข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ทั้งหมด</p> <p>ตัวอย่าง $(1 \times 3) + (2 \times 0) + (3 \times 4) + (4 \times 0) + (5 \times 3) = 3 + 0 + 12 + 0 + 15 = 30 = 3$ คะแนน</p> <p style="text-align: center;"> $\frac{3}{10} \quad \frac{0}{10} \quad \frac{12}{10} \quad \frac{0}{10} \quad \frac{15}{10}$ </p>

แนวทางการประเมินผล :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	ร้อยละ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

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

ตัวชี้วัดที่ 4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย :

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิมหาวิทยาลัย / วุฒิปัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 7 วันทำการ
2	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิมหาวิทยาลัย / วุฒิปัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 6 วันทำการ
3	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิมหาวิทยาลัย / วุฒิปัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 5 วันทำการ
4	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิมหาวิทยาลัย / วุฒิปัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 4 วันทำการ

5	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 3 วันทำการ
---	---

แนวทางการประเมินผล :

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลข้าราชการในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ในส่วนของข้อมูลวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตรเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / การศึกษา / การอบรม ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ทุกสาย โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลตามแนวทางการประเมินผล ดังนี้

1. กรณีมีวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตรเพิ่มเติม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตรเพิ่มเติม
2. กรณีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / การศึกษา / การอบรม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / การศึกษา / การอบรมเรียบร้อยแล้ว

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
1	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 7 วันทำการ	– สำเนาใบประเมินผลการเรียน (ทรานสคริป) – สำเนาใบรับรองวุฒิ / สำเนาใบปริญญาบัตร
2	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 6 วันทำการ	– สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ – สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ / สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล
3	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 5 วันทำการ	– สำเนาใบประกอบวิชาชีพ / สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ / สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล
4	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบ	ที่ต่ออายุ

	สารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 4 วันทำการ	หมายเหตุ : ลงลายมือชื่อ และวันที่กำกับในเอกสาร
5	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 3 วันทำการ	หลักฐานต่าง ๆ ก่อนส่ง ให้ฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลนั้น ๆ

หมายเหตุ :

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

จำนวนข้อมูลที่ปรับปรุงสำเร็จภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5) หมายถึง ข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขภายในระยะเวลาแต่ละระดับ

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

จำนวนข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขทั้งหมด

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

แนวทางการประเมินผล

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	ร้อยละ	N/A	5	5

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ข้อมูลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

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

ตัวชี้วัดที่ 4.3 Digital Transformation

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ร้อยละ 8

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลาารอคอยและการเดินทางของผู้รับบริการและมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

แบ่งเป็น 2 กรณี :		น้ำหนัก(ร้อยละ)
กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ	ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation	8
กรณีที่ 2 : หน่วยงานสนับสนุน	ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation	8

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ

คำนิยาม :

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

- ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data) ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม เช่น ชื่อ-สกุล, ที่อยู่, เลขบัตรประชาชน, ข้อมูลสุขภาพ, ประวัติอาชญากรรม เป็นต้น
- บุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Subject), ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (Data Controller) และผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Data Processor)

2. ระบบ DMS Telemedicine (Department of Medical Services Telemedicine) ประกอบด้วยระบบการใช้งาน 2 ส่วน คือ

Mobile Application คือ การให้บริการดาวโหลดแอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือทั้งระบบ iOS และระบบ Android สำหรับให้ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้าใช้บริการ ทำการนัดหมายพบแพทย์ การพูดคุยกับแพทย์ และพยาบาลผ่านระบบ VDO Conference ขอนัดรับยา รวมถึงสามารถชำระค่ารักษาพยาบาล ติดตามการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วย และการรับฟังคำแนะนำการใช้ยา ได้โดยไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล ทั้งยังสามารถตรวจดูประวัติการรักษาของตนเอง ผ่าน Mobile Application ดังกล่าวได้

Web Application คือ โปรแกรมการทำงานในส่วนของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงระบบกับ Mobile Application และระบบ HIS (Hospital Information System) ของโรงพยาบาล เพื่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ในการตอบรับนัดหมายพบแพทย์ ยืนยันการนัดหมายพบแพทย์ การซักประวัติเบื้องต้น

ก่อนพบแพทย์ การ ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย การตรวจรักษาของแพทย์ผ่านระบบ VDO Conference บน Web Application การส่งจ่ายและ ตรวจสอบการส่งจ่ายยาโดยเภสัชกร การตรวจสอบการชำระค่ารักษาพยาบาล

การให้บริการของระบบ DMS Telemedicine ประกอบด้วย 5 ฟังก์ชันหลัก ได้แก่ (1) การนัดหมาย และการตรวจคัดกรองเบื้องต้น (2) การพบแพทย์ผ่านระบบ VDO Conference (3) การส่งจ่ายยา (4) การชำระค่ารักษาพยาบาล (5) การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ผ่านทางระบบไปรษณีย์และการติดตามตรวจสอบ การจัดส่ง

3. ระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคลรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Personal Health Record: PHR) ผู้ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จะมีข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลที่สามารถเข้าถึงและบริหารจัดการ ข้อมูลได้ด้วยตนเอง (Self-care) ผ่าน 2 ช่องทาง คือ mobile application และ web application

เกณฑ์การให้คะแนน :

ประเด็น	รายละเอียด	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
1	การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์	แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์
2	การดำเนินการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ตามแนวทางของกรมการแพทย์)	การประเมินตามแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของกรมการแพทย์
3	การจัดเก็บข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลที่เป็นซอฟต์แวร์ของหน่วยงาน (โปรแกรมสำเร็จรูปและงานพัฒนาระบบประเภทโปรแกรมประยุกต์)	แบบรายการข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลประเภทซอฟต์แวร์
4	<p>4.1 การให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine หรือ Telemedicineของหน่วยบริการ</p> <p>กรณี 1 ร้อยละ 10 ของการให้บริการรักษาด้วยวิธี DMS Telemedicine หรือ Telemedicine(จำนวน visit ในการให้บริการทุกรูปแบบ) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2)โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 3)โรงพยาบาลราชวิถี 4)โรงพยาบาลเลิดสิน 5)โรงพยาบาลสงฆ์ 6) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งทุกแห่ง <p>4.2 ร้อยละ 50 ของจำนวนห้องตรวจ OPD ที่สามารถให้บริการ DMS Telemedicine หรือ Telemedicine จากจำนวนห้องตรวจ OPD ทั้งหมดของหน่วยบริการ</p>	<p>รายงานการให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine หรือ Telemedicine ของหน่วยบริการ (รายงานรอบ 6 เดือนและ 12 เดือน)</p> <p>กรณี 1</p> <p>รอบ 6 เดือน ร้อยละ 5</p> <p>รอบ 12 เดือน ร้อยละ 10</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>Telemedicine อื่นๆ ต้องมีมาตรฐานตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาล โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564</p>

ประเด็น	รายละเอียด	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
5	5.1 มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR mobile application และ PHR web application ต่อผู้มารับบริการ	5.1 หลักฐานการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR mobile application และ PHR web application
	5.2 ดำเนินการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม มายัง DMS Big Data แบบ Real Time	5.2 ตรวจสอบจากระบบส่งข้อมูล 43 แฟ้ม

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

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

แนวทางการประเมินผล

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
4.3 Digital Transformation	ร้อยละ	5	5	5

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- การกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 1520
ผู้จัดเก็บข้อมูล	
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์	หมายเลขติดต่อ : 0 2202 6800 ต่อ 2401, 2413

เอกสารประกอบ 1

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

(1) คู่มือการประเมินพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

(Center of Excellence: CoE) กรมการแพทย์

(2) แบบประเมินการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE Score)



เอกสารประกอบ 2

ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์
มาตรฐาน

(1) แบบรายงานข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล / สถาบัน



(2) แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน (แบบฟอร์ม 1)

(3) สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey
(แบบฟอร์ม 2)



กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
ภารกิจด้านอำนวยการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทรศัพท์ 02 202 6800 ต่อ 1524, 3204

