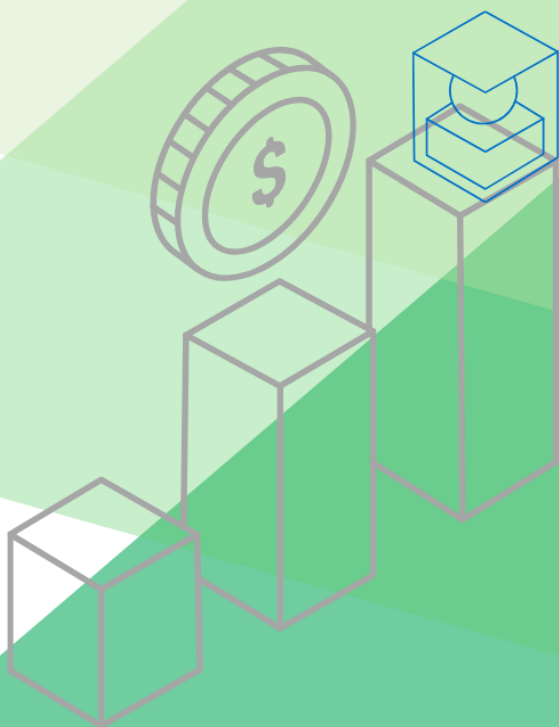




DMS

Performance Agreement

คู่มือการประเมินผล
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

จัดทำโดย

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

88/23 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0 2590 6135-9

โทรสาร : 0 2591 8234

Line : @psd.dms

<https://psd.dms-moph.com>



คำนำ

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 วรรค 3 และวรรค 4 บัญญัติว่า หน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การติดตามตรวจสอบและการประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งของกรมการแพทย์ได้ยึดถือปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว โดยการวางระบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ กำหนดให้มีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ตั้งแต่ระดับกรม ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยมติคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ได้จัดทำกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์และพันธกิจของกรมการแพทย์ และได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารกรมการแพทย์แล้ว จึงได้ดำเนินการสื่อสารให้กับหน่วยงานในสังกัด โดยการจัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงาน และดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและกรมการแพทย์ ต่อไป

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์
พฤษภาคม พ.ศ. 2565

สารบัญ

	หน้า
กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	5
ขั้นตอนและวิธีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ	7
ปฏิทินการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ และการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล / สถาบัน / สำนัก / กอง / กลุ่ม	8
กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	9
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล	
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research /TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	10
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	26
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	39
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	46
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ	
2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	53
2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ	62
2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0	64
2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	67
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ	
3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	70
3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน	72
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	74
มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร	
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	76
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	84
4.2.2 บันทึกรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	87
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	90
4.3 Digital Transformation	93

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

1. หลักการ/ที่มา

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

“การบริหารราชการตามพระราชบัญญัตินี้ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ การลดขั้นตอน การปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิก หน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจตัดสินใจ การอำนวยความสะดวก และการตอบสนองความต้องการของประชาชน ทั้งนี้โดยมีผู้รับผิดชอบต่อผลของงานการจัดสรรงบประมาณ และการบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้าดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ต้องคำนึงถึงหลักการตามวรรคหนึ่ง ในการปฏิบัติ หน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของ ผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การเปิดเผยข้อมูลการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งนี้ ตามความเหมาะสมของแต่ละภารกิจเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรานี้ จะตราพระราชกฤษฎีกา กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการปฏิบัติราชการและการส่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติก็ได้”

● พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562

มาตรา 6 การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

มาตรา 9 (3) ส่วนราชการต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติราชการตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานที่ ก.พ.ร. กำหนด

มาตรา 12 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ก.พ.ร. อาจเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อ กำหนดการกำกับกับการปฏิบัติราชการ โดยวิธีการจัดทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร หรือโดยวิธีการอื่นใด เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ

● ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560-2579) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ประเด็นที่ 4 ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยใน ส่วนกลาง เน้นการพัฒนา นโยบาย การกำกับติดตาม และการประเมินผล ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ

- 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion Prevention & Protection Excellence)
- 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

วัตถุประสงค์

- เพื่อวางระบบการติดตามประเมินผลโดยการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากระดับองค์กรลงสู่ระดับหน่วยงานจนถึงระดับบุคคล
- เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ระดับ โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง จัดทำการประเมินผลตนเอง ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดทำคำรับรอง การปฏิบัติราชการกรมการแพทย์กำหนด

2. กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ดำเนินการจัดทำคำรับรองและประเมินผลการปฏิบัติราชการภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 : ด้านประสิทธิผล แสดงผลงานที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนปฏิบัติราชการตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน	มิติที่ 2 : ด้านคุณภาพการให้บริการ แสดงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
มิติที่ 3 : ด้านประสิทธิภาพ แสดงความสามารถในการปฏิบัติราชการ เช่น การลดรอบระยะเวลาให้บริการ การบริหารงบประมาณ ประสิทธิภาพของการใช้พลังงาน เป็นต้น	มิติที่ 4 : ด้านพัฒนาองค์กร แสดงความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรและการจัดการทุนด้านมนุษย์ เพื่อสร้างความพร้อมในการสนับสนุนแผนปฏิบัติราชการ

องค์ประกอบของคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ระดับโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง/กลุ่ม ประกอบด้วย

➤ การเจรจาข้อตกลงและประเมินผล

กรมการแพทย์ ได้มีคำสั่งที่ 435/2564 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2564 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี ของทั้งระดับกระทรวง กลุ่มภารกิจ ระดับกรมและหน่วยงาน และรายงานผลการพิจารณาให้ที่ประชุมกรมการแพทย์พิจารณาต่อไป

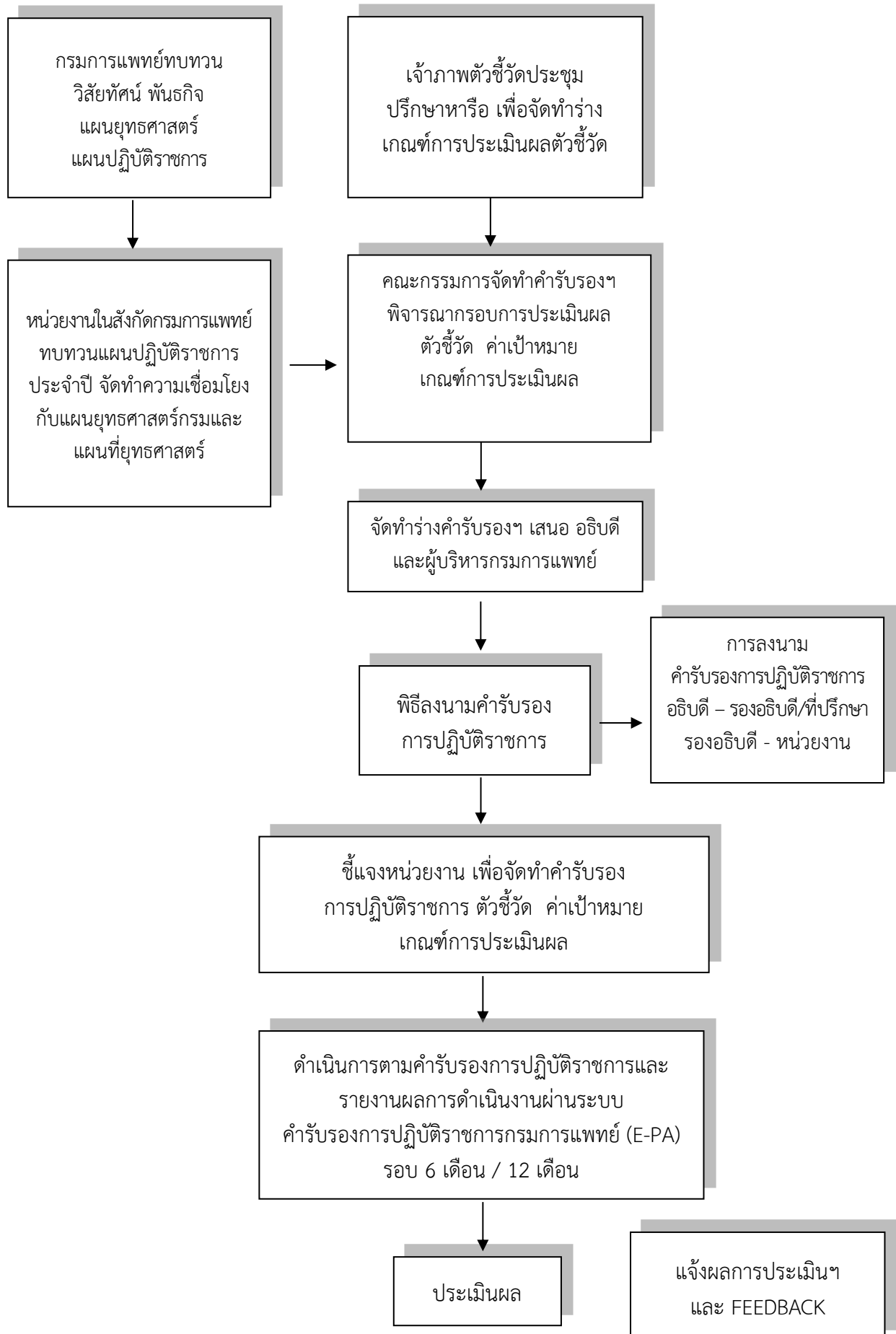
➤ วิธีติดตามประเมินผล

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

➤ เอกสารประกอบคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย

- คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง อธิบดีกรมการแพทย์ กับ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ตามคำสั่งกรมการแพทย์ เรื่อง มอบหมายอำนาจและหน้าที่ให้ข้าราชการปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมการแพทย์ และกับที่ปรึกษากกรมการแพทย์ ตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่มอบหมายให้ปฏิบัติ
- คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง รองอธิบดีกรมการแพทย์ กับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง/กลุ่ม ตามคำสั่งกรมการแพทย์
- ระยะเวลาของคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คือ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566
- แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map)
- รายละเอียดข้อตกลงในคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้าหนัก ผลงานในอดีต เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน

ขั้นตอนและวิธีจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ



ปฏิทินการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล / สถาบัน / สำนัก กอง / กลุ่ม

วันที่	กิจกรรมการดำเนินงาน
22 กันยายน 2565	ประชุมปรึกษาหารือพิจารณารายละเอียดตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
5 ตุลาคม 2565	ประชุมคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ เพื่อพิจารณากรอบ และหลักเกณฑ์ คำรับรองการปฏิบัติราชการระดับกรม และระดับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
9 พฤศจิกายน 2565	พิธีลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
25 พฤศจิกายน 2565	ชี้แจงแนวทางการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
13-17 กุมภาพันธ์ 2566	รายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 6 เดือน ผ่านระบบรายงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ (E-PA)
20-24 กุมภาพันธ์ 2566	เจ้าภาพตัวชี้วัดตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยงาน (รอบ 6 เดือน)
14-18 สิงหาคม 2566	รายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 12 เดือน ผ่านระบบรายงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ (E-PA)
21-25 สิงหาคม 2566	เจ้าภาพตัวชี้วัดตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยงาน (รอบ 12 เดือน)

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 50)		
1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research /TA / CPG / MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	15	
1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	15	
1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	10	
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	10	
หมายเหตุ : สำหรับหน่วยงานสนับสนุน มิติที่ 1 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 50) ให้กำหนดตัวชี้วัดจากภารกิจหลักของหน่วยงาน หรือตามแผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบ		
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 15)	หน่วยงาน บริการ	หน่วยงาน สนับสนุน
2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	5	-
2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ	5	-
2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0	-	10
2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	5	5
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)	มีครบ	มีไม่ครบ
3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	5	7
3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน	2	-
3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	3	3
มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 25)		
4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	6	
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	มีครบ	มีไม่ครบ
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	2	4
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	4	-
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5	7
4.3 Digital Transformation	8	
รวม	100	

มิติที่ 1 ด้านประสิทธิภาพ

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

น้ำหนัก : ร้อยละ 15

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล โดยกรมการแพทย์มียุทธศาสตร์ในการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ หน่วยงานต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ดังนั้น การพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำ แผนงานวิชาการที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้

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

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

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา งานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2566 เพื่อเป็น แนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการ บริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขด้านการแพทย์ ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง ที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิต งานวิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนา งานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

คำอธิบาย :

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

ทิศทางการวิชาการ (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการ
ที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็น
รูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของ หน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา งานวิชาการของหน่วยงาน	- สำเนาคำสั่งคณะกรรมการบริหาร/ คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน - รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการ กำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางาน วิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของ หน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2566 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบ การบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไป จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขด้านการแพทย์ ตามภารกิจของ หน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง ที่หน่วยงานรับผิดชอบ	- แผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของ หน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2566 - โครงการงานวิชาการตามคํานิยมและ อยู่ในแผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานวิชาการ ของหน่วยงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมาย เป็นผลผลิตงานวิชาการ	- รายงานผลการดำเนินการรายไตรมาสตาม แผนปฏิบัติการรายโครงการในแผน ยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงาน ในปีงบประมาณพ.ศ. 2566
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงาน และทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน	- รายงานการวิเคราะห์การดำเนินงานผลงาน วิชาการมีความสอดคล้องกับบริบทของ หน่วยงาน/ COE โดยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของ หน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการ พัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงาน วิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	- รายงานผลการวิเคราะห์ผลกระทบผลงาน วิชาการของหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี (2564- 2566) และข้อเสนอแนวทางพัฒนางาน วิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและ ทิศทางการวิจัยของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยผ่านการพิจารณาจากคณะ กรรมการบริหารของหน่วยงาน

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

1. ทิศทางงานวิชาการเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการผลิตงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ และสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศ
2. หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สามารถผลิตงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือกรณีวิกฤตของประเทศได้ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
3. สนับสนุนการรวมกลุ่มนักวิชาการและทรัพยากรในการดำเนินงานวิชาการ เช่น หน่วยปฏิบัติการวิจัย เชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อสร้างทีมวิจัยและความเป็นเลิศทางการวิจัยเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะด้าน
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 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
3. แผนปฏิบัติราชการเรื่อง
 1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
 2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

คำอธิบาย :

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

ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีโครงสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

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

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

ระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงานมีคณะกรรมการจริยธรรมในคน หรือ คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนอองานวิชาการของหน่วยงาน และหากหน่วยงานใดไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของหน่วยงาน แต่มีระบบหรือมาตรการในการจัดการคุณภาพงานวิชาการก่อนการดำเนินการ

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ	- สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยหรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ - แผนงานสนับสนุนงานวิชาการของหน่วยงาน/ แผนพัฒนาการวิจัย ผลงานวิชาการ/แผนการ ติดตาม นิเทศ กำกับงานวิชาการ/แผนพัฒนา บุคลากรด้านวิชาการ
2	กลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ ดำเนินการ ส่งเสริม สนับสนุน งานวิชาการของบุคลากร ในสังกัด (ให้สามารถดำเนินโครงการตามแผน จนเสร็จ)	- รายงานการประชุมคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน/กลุ่มงานวิชาการ/กลุ่มงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของ หน่วยงานที่มีการส่งเสริมสนับสนุนการ ดำเนินการของหน่วยงาน
3	จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) และงานวิชาการอื่นๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน	- เอกสารรายงานการแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย(research) ที่ชัดเจน โดยบรรจุอยู่ในรายงานการประเมินผลการ ปฏิบัติราชการรายบุคคล/ รายงานการประชุม คณะกรรมการบริหาร - แผนพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการของ หน่วยงาน
4	มีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามและ ประเมินผลงานวิชาการของหน่วยงาน เพื่อให้ การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไป ตามเป้าหมาย รวมถึงการนำผลงานไปใช้ ประโยชน์	- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร - รายงานผลการดำเนินงานผลงานวิชาการ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - รายงานการนิเทศ ติดตาม หรือรายงานการ ประชุมที่นำเสนอให้คณะกรรมการ/ คณะกรรมการวิจัยรับทราบ
5	มีรายงานผลการดำเนินงานของ กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่ดูแลงานวิชาการ เพื่อรายงานการบริหาร จัดการงานวิชาการของหน่วยงานเป็นรายไตร มาส และประจำปี	- รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการโครงการ วิชาการรายไตรมาส /ประจำปี และมีการ นำเสนอคณะกรรมการบริหารรับทราบ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 2)

1. สามารถวิเคราะห์และติดตามงานวิชาการด้านคุณภาพ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด
ผลผลิตและงบประมาณเป็นระยะตามระบบที่กำหนด

2. ผลงานวิชาการผ่านคณะกรรมการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์/คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน เพื่อเสนอของบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่สนับสนุนงบสำหรับดำเนินการวิจัย ซึ่งมีนัยว่าหน่วยงานมีการผลิตงานวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์
3. สนับสนุนการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
3. แผนปฏิบัติราชการเรื่อง
 1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
 2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนืองที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

คำอธิบาย :

ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัย นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่มหรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัย การดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทยโดยมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรคสารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิก เวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้นรวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอ</u> ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนา และประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์	- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร/ กลุ่มงานที่นำเสนอ ข้อเสนอแนะ/ แนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ/ เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำไปใช้</u> <u>ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของ หน่วยงานไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงาน
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถ นำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ)	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงาน นำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ/ เชิงนโยบาย/ เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถ นำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 2 โครงการ) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทาง</u> <u>การแพทย์ 1 โครงการ</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของ หน่วยงานนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิง วิชาการเชิงนโยบาย /เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 2 โครงการ) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยี</u> <u>ทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไป พัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 3 โครงการ) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยี</u> <u>ทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนา</u> <u>รูปแบบการให้บริการ (Model development)</u> <u>1 โครงการ</u>	-รายงานการนำเสนอผลงานวิชาการที่ไป ประกาศใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย/เชิงสาธารณะ /เชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 3 โครงการ) <u>โดยต้องเป็นโครงการ</u> <u>ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u> <u>และโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ</u> <u>(Model development) 1 โครงการ</u>

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนานำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ/หรือหน่วยงานอื่นและ/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

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ
(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565
2	มีโครงการวิจัยที่ <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน ดังนี้ - <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 (0.5 คะแนน) - <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2567 (0.5 คะแนน)
3	มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566
4	โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 <u>มีการดำเนินงานตามแผน</u> อย่างน้อย 1 โครงการ
5	โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงานตามแผน และ <u>รายงานความก้าวหน้าในระบบตามที่แหล่งทุนกำหนด</u> อย่างน้อย 1 โครงการ

คำอธิบาย :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	มีโครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากแหล่ง ทุนสนับสนุนการวิจัยต่างๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565	- สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณปี 2565 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)
2	มีโครงการวิจัยที่ เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน ดังนี้ - เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากทุกแหล่ง ทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 (0.5 คะแนน)	- สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณปี 2567 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกว.) หรือหนังสือเสนอขอ งบประมาณปี 2566 แหล่งทุนอื่นอย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)
	- เสนอของบประมาณ สนับสนุนจากสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกว.) อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2567 (0.5 คะแนน)	- สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณปี 2567 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)
3	มีโครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ สนับสนุน จากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566	- สำเนาหนังสือแจ้งผลการได้รับอนุมัติ โครงการวิจัยจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2566
4	โครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากทุกแหล่ง ทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงาน ตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ	- สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณกรมการ แพทย์ปี 2566 สำหรับโครงการวิจัยที่ผ่าน การพิจารณาจากทุกแหล่งทุนและมีสำเนา การดำเนินการตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ เช่น การผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมในคน
5	โครงการวิจัยที่ ได้รับงบประมาณ จากทุกแหล่ง ทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงาน ตามแผน และ รายงานความก้าวหน้าในระบบ ตามที่แหล่งทุนกำหนด อย่างน้อย 1 โครงการ	- สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณกรมการ แพทย์ปี 2566 สำหรับโครงการวิจัยที่ผ่าน การพิจารณาจากทุกแหล่งทุนมีการ ดำเนินการตามแผน เช่น สำเนาการผ่านการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน และมีสำเนา/ Print screen การรายงาน ความก้าวหน้าในระบบของแหล่งทุนนั้นๆ อย่างน้อย 1 โครงการ

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 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 :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน	- Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)	- Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์) ที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)	-เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ และ/หรือ ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ หรือ วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1/มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ย้อนหลังได้ 2 ปี นับจากปีที่ได้ตีพิมพ์)	-เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ และ/หรือ ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ หรือ วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (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 เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

การคำนวณ

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีคณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงาน
วิชาการของหน่วยงาน ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 1 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.25 = 0.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ มีกลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ จัดทำเกณฑ์
การประเมินภาระงาน 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 และผลงานวิชาการนำไป
พัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ 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 มีโครงการวิจัยที่เสนอของบประมาณสนับสนุนจากทุกแหล่งทุนต่างๆ
อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2566 และเสนอของบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สทว.) อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2567 มีโครงการวิจัยที่ได้รับ
งบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 และมีการดำเนินการ
ตามแผน 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 มีผลงานนำเสนอ
ในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ 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 + คะแนน
องค์ประกอบที่ 4 + คะแนนองค์ประกอบที่ 5 เป็นผลลัพธ์เท่าใด แล้วนำไปเทียบกับตารางผลรวมของคะแนน
ทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

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) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงาน 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 :

- การปดทศนิยมตามหลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์
- อาจมีการปรับน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบในปีต่อไปเพื่อความเหมาะสมในการพัฒนาความก้าวหน้าและผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

แนวทางการประเมินผล :

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

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดี กรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6270

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาววรรณุตร อรุณรัตน์โชติ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6394

นางสุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6394

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

น้ำหนัก : ร้อยละ 15

คำอธิบาย

ตามที่แผนปฏิบัติราชการปี 2566 - 2570 กรมการแพทย์กำหนดกลยุทธ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence: COE) ทั้ง 15 ด้านของกรมการแพทย์ ได้แก่ ด้านจักษุวิทยา ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านระบบประสาท ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านทันตกรรม และ ด้านโรคเด็ก

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 ของกรมการแพทย์และสถาบันโดยปรับระดับคะแนน ให้มีการตอบสนองระบบการทำงานของ หน่วยงานส่วนกลาง บูรณาการร่วมมือประสานสนับสนุน COE ตามความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์ระดับชาติ ทัดเทียมระดับสากล โดยระดับความสำเร็จของการพัฒนา ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความท้าทายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วน ครบคลุม 6 มิติ

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของหน่วยงานและหน่วยงานสนับสนุน ในการพัฒนาให้ ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครบคลุม 6 มิติ มีค่าเฉลี่ยภาพรวมใน 6 มิติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย แต่ละมิติมากกว่า 4 ภายใน 3 ปี สำหรับหน่วยงานที่มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์นอกเหนือจากบทบาทหลักตามกฎหมายกระทรวงฯ ทั้ง 15 ด้านแล้ว หากต้องการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ สามารถทำ ข้อตกลงโดยกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ต้องการดำเนินการเพิ่มเติมได้ เพื่อประเมินศักยภาพ และโอกาสในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

การวัดระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ กำหนดการวัดที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามที่ประกาศในกฎกระทรวงฯ 15 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (32 หน่วยงาน) ประกอบด้วย

ศูนย์ความเป็นเลิศ (ด้าน)	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานรอง
1. ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	รพ. นพรัตนราชธานี	-
2. ด้านจักษุวิทยา	รพ. เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	-
3. ด้านโสต ศอ นาสิก	รพ. ราชวิถี	-
4. ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก	รพ. เลิดสิน	-
5. ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุ-สามเณร	รพ. สงฆ์	-
6. ด้านทันตกรรม	สถาบันทันตกรรม	-
7. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฯ	รพ.เวชารักษ์ ลำปาง
8. ด้านระบบประสาท	สถาบันประสาทวิทยา	รพ.ประสาทเชียงใหม่
9. ด้านโรคมะเร็ง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	รพ.มะเร็งชลบุรี รพ.มะเร็งลพบุรี รพ.มะเร็งลำปาง รพ.มะเร็งอุบลราชธานี รพ.มะเร็งอุดรธานี รพ.มะเร็งสุราษฎร์ธานี รพ.มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. ด้านพยาธิวิทยา	สถาบันพยาธิวิทยา	-
11. ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่ รพ.ธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น รพ.ธัญญารักษ์อุดรธานี รพ.ธัญญารักษ์สงขลา รพ.ธัญญารักษ์ปัตตานี
12. ด้านโรคทรวงอก (หัวใจ, ปอด)	สถาบันโรคทรวงอก	-
13. ด้านโรคผิวหนัง	สถาบันโรคผิวหนัง	รพ.โรคผิวหนังฯ จ.ตรัง
14. ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
15. ด้านโรคเด็ก	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	

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)

การจัดบริการทางทางการแพทย์อย่างครบถ้วนแบบไร้รอยต่อ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นการจัดการที่ครอบคลุมการดูแลในทุกระดับตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ถึงระดับตติยภูมิ มีการวางเส้นทางหรือกระบวนการที่ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล และการรับส่งต่อ หรือส่งกลับ โดยประกอบด้วย ขั้นตอน ต่างๆ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีจุดหรือหน่วยบริการต่างๆที่ผู้ป่วยต้องผ่านไปใช้บริการ (Touchpoints) ตั้งแต่ต้นจนจบ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 1 Comprehensive health care & High technology transfer					
1.1	Super tertiary การบริการ ระดับตติยภูมิ และสูงกว่า	มีการวัดและ ประเมินตัวชี้วัด ด้านกระบวนการ ผลลัพธ์เชิง คุณภาพ	มีการเปรียบเทียบ ผลลัพธ์เชิง คุณภาพ กับ สถาบันอื่นใน ระดับเดียวกันทั้ง ในประเทศและ ต่างประเทศ	มีผลลัพธ์เชิง คุณภาพ เป็น ต้นแบบของ ประเทศและ เทียบเคียงกับ มาตรฐานวิชาชีพ หรือดีกว่า ต่างประเทศ	High technology ให้รวม Precision Medicine หรืออื่น ๆ ในอนาคตตาม บริบทที่กรมการ แพทย์หรือ COE วางไว้ในอนาคต
1.2	Referral : การรับส่งต่อ (ประสิทธิภาพ ของการ refer)	มีแนวทาง/ระบบ ในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยในเครือข่าย กรมการแพทย์ หรือในกระทรวง สาธารณสุข	มีระบบและ นวัตกรรมที่ สนับสนุนการรับ- ส่งต่อในเครือข่าย นอกกระทรวง สาธารณสุข หรือ ในประเทศ	มีระบบและ นวัตกรรมที่ สนับสนุนการรับ-ส่ง ต่อและเป็นตัวอย่าง ในเครือข่ายใน ประเทศ	
1.3	Comprehensive health care	มีการให้บริการ ดูแลสุขภาพ เฉพาะโรคตาม COE เฉพาะด้าน ยังไม่ครบถ้วน และต้องพัฒนา รูปแบบบริการให้ ถึงเป้าหมาย	มีการให้บริการ ดูแลสุขภาพ เฉพาะโรคตาม COE เฉพาะด้าน อย่างครบถ้วน แต่ รูปแบบการ ให้บริการยังขาด Patient journey ที่ดี	มีการให้บริการดูแล สุขภาพเฉพาะโรค ตาม COE เฉพาะ ด้านอย่างครบถ้วน และมีรูปแบบการ ให้บริการอย่าง Premium ทุกสิทธิ การรักษาโดย คำนึงถึง Patient journey ที่ดี เช่น ระบบติดตามอาการ ระบบคิวเวลา 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 กับกรมการแพทย์เพื่อการประเมินและมีการประเมินก่อนและหลังพัฒนา เพื่อประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาว่ามีศักยภาพในการพัฒนาอย่างไร

2. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน และผลลัพธ์การดำเนินการให้ชัดเจนด้วย

3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน

4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

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

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ทำการศึกษาวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบสาเหตุ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำผลการวิจัยพัฒนามากำหนดรูปแบบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา การลดค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ตลอดจนบูรณาการโครงการวิจัย ชุมชนสิทธิประโยชน์ ให้มีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 2 Research and Development					
2.1	การทำวิจัย/ ประเมิน เทคโนโลยี	มีงานวิจัย/ประเมิน เทคโนโลยีทั้งด้าน วิชาการและการ ประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์ ตีพิมพ์ ระดับประเทศ หรือ ต่างประเทศ	มีงานวิจัย/ ประเมิน เทคโนโลยีทั้งด้าน วิชาการและการ ประเมิน เทคโนโลยีทาง การแพทย์ ตีพิมพ์ระดับ ประเทศหรือ ต่างประเทศ และ มีการอ้างอิงใน ระดับต่างประเทศ	มีงานวิจัย/ ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการ และการประเมิน เทคโนโลยีทาง การแพทย์ที่ สามารถนำมาสู่ นวัตกรรมทาง การแพทย์ สนับสนุนนโยบาย สาธารณสุข และมี การอ้างอิงใน วารสาร ระดับประเทศ	สามารถใช้ผลงาน ได้ 2 ปี ย้อนหลัง
2.2	การพัฒนา นวัตกรรม	มีการพัฒนา นวัตกรรมภายใน หน่วยงาน	มีการพัฒนา นวัตกรรม ภายนอก หน่วยงาน	มีการพัฒนา นวัตกรรม ระดับประเทศ และสามารถ พัฒนาให้มีผลลัพธ์ ต่อประชาชนใน ระดับประเทศ	สามารถใช้ผลงาน ได้ 2 ปี ย้อนหลัง
2.3	Model Development	มีการพัฒนาจำลอง รูปแบบการ ให้บริการต้นแบบ ภายในหน่วยงาน	มีการนำจำลอง รูปแบบการให้ บริการต้นแบบ ไปใช้ภายนอก หน่วยงาน	มีการจำลอง รูปแบบการ ให้บริการต้นแบบ ไปใช้ใน ระดับประเทศ	สามารถใช้ผลงาน ได้ 2 ปี ย้อนหลัง

หมายเหตุ

1. แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ หรือนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง 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

การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ หมายถึงการเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล ด้านสถานการณ์ ด้านวิชาการ โดยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความสูญเสียด้านชีวิตและทรัพย์สิน ทรัพยากรเครื่องมือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถนำมาประมวลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปกำหนดเป็นนโยบาย และการบริหารจัดการที่เหมาะสม มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่น รวมถึงบุคลากรเป็นที่ยอมรับอ้างอิง ได้รับเชิญเป็นคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ มีผลงานวิชาการถูกนำไปใช้ประโยชน์

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 3 Training and Reference					
3.1	Training : การพัฒนา บุคลากร	มีโครงการจัดทำ หลักสูตรฝึกอบรม บุคลากร สาธารณสุขเป็น ประจำต่อเนื่อง 3 ปี ที่ตรงกับความต้องการของ ประเทศ	มีการจัดฝึกอบรม บุคลากร สาธารณสุขหลาย หลักสูตร	มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรม บุคลากรสาธารณสุขหลาย หลักสูตรและหลายระดับ	
3.2	Reference : การเป็นศูนย์ อ้างอิงวิชาการ แพทย์	ได้รับการอ้างอิง ทางวิชาการใน ระดับกระทรวง สาธารณสุข	ได้รับการอ้างอิง ทางวิชาการใน ระดับประเทศ	ได้รับการอ้างอิงทาง วิชาการระดับในและ ต่างประเทศ	

หมายเหตุ

1. หลักสูตร Training คือ หลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ เช่น แพทย์ประจำบ้าน การพยาบาลเฉพาะทาง สหวิชาชีพ ที่สถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะเฉพาะทาง และหลักสูตรนั้นต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นหลักสูตรที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
2. มีผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรระหว่างประเทศ
3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

มิติที่ 4 การสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่าย (Collaboration Network) (ร้อยละ 15)

การสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายทางวิชาการ หมายถึงการพัฒนาความเลิศทางการแพทย์จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ต้องสร้างการมีส่วนร่วม และเครือข่ายในทางวิชาการ เพื่อยกระดับการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์ในทุกระดับ ทั้งในและต่างประเทศ สามารถเชื่อมต่อองค์ความรู้กับองค์กรหรือสภาวิชาชีพเพื่อความครอบคลุมในการขยายการพัฒนา และการให้บริการวิชาการหรือการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกับภาคส่วนต่างๆ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 4 Collaboration Network					
4.1	Collaboration Network : การมีเครือข่าย วิชาการและการ บริการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Open Platform)	มีเครือข่ายและผล การดำเนินงาน อย่างประจักษ์ ทางด้านวิชาการ แพทย์และบริการ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กร ภายในกรมการ แพทย์และ กระทรวง สาธารณสุข เช่น conference แลกเปลี่ยน บุคลากร เป็นต้น	มีเครือข่ายและ ผลการดำเนินงาน อย่างประจักษ์ ทางด้านวิชาการ แพทย์และบริการ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรทั้ง ในและนอก กระทรวง สาธารณสุข เช่น CPG องค์ความรู้ เป็นต้น	มีการพัฒนาองค์ ความรู้ใหม่ในระดับ ความร่วมมือจาก บุคลากร และมี เครือข่ายและผลการ ดำเนินงานอย่าง ประจักษ์ทางด้าน วิชาการแพทย์และ บริการด้าน สาธารณสุข ร่วมกับ องค์กรภายในและ ภายนอกกระทรวง 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. มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และบริการด้านสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ หรือนอกกรมการแพทย์ เช่น ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานระหว่างประเทศ
2. มีการสำรวจข้อมูลภาระโรค กลุ่มอาการที่สำคัญ จะต้องเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาค สามารถร่วมดำเนินและใช้ข้อมูลเดียวกัน และมีรายงานการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน
4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

มิติที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) (ร้อยละ 20)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ เชิงนโยบาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินงาน กลไกขับเคลื่อน การพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงาน/สถาบันรับผิดชอบ หรือที่กรมการแพทย์ รับผิดชอบ ผ่านกระบวนการศึกษาศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนมีนวัตกรรม หรือพัฒนารูปแบบให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติกับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเชิงนโยบายที่มีวัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินงานของนโยบาย หรือ กลไกดำเนินงานเชิงนโยบายให้ขับเคลื่อน การพัฒนาให้แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทั้งนโยบายที่มีการสั่งการจากผู้บริหาร (Top Down) และที่ขับเคลื่อนจากกรมการแพทย์ หรือ COE (Bottom up) โดยหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบ หรืองานที่กรมการแพทย์ รับผิดชอบ ผ่านความเห็นชอบของผู้บริหารกรมการแพทย์ ได้รับการคัดเลือกให้มีการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม พัฒนารูปแบบบริการ/ระบบ หรือชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 5 Policy Advocacy					
5	policy advocacy : ข้อเสนอเชิงนโยบาย	COE มีการเสนอ Policy Brief มายัง กรมการแพทย์	Policy ได้รับการ คัดเลือกจาก ผู้บริหาร ตาม เกณฑ์ที่กรมการ แพทย์กำหนด	Policy เป็นที่ยอมรับ ของกระทรวง และ นโยบายถูกผลักดันใน ระดับชาติ	สามารถใช้ ผลงานได้ 3 ปี ย้อนหลัง

หมายเหตุ

- หัวข้อในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
- ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องผ่านกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ หรือวิจัยประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน (Support System) (ร้อยละ 20)

หน่วยงานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ หมายถึง หน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ด้านการประเมินผลการพัฒนา ด้านเครือข่ายเขตสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน ด้านระบบสารสนเทศ ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านกฎหมาย ด้านการต่างประเทศ ได้แก่ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ กองบริหารการคลัง สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักกิตติจุฬการแพทย์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม สำนักงานเลขานุการกรม กลุ่มตรวจสอบภายใน และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยการจัดกระบวนการแบบบูรณาการไว้ในที่เดียวกันแบบ one stop Service ให้เกิดความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง กับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ในด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ด้านการประเมินผลการพัฒนา ด้านเครือข่ายสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนงาน ด้านระบบสารสนเทศ ด้านบุคลากร ด้านกฎหมาย ด้านระหว่างประเทศ ร่วมบูรณาการ ลดขั้นตอน ให้แล้วเสร็จโดยสะดวก

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน					
6.1	Leadership : ทีมผู้นำ	มีคณะกรรมการ COE โดยมีทีมผู้นำ ร่วมอยู่ใน คณะกรรมการ	ผู้นำมีการนำ COE เป็นส่วน หนึ่งในนโยบาย โรงพยาบาล	ผู้นำมีการสนับสนุน ทรัพยากรในการ ดำเนินงาน COE อย่างเป็นรูปธรรม	
6.2	Ecosystem : ระบบ สนับสนุนงาน COE / บุคลากร/ สนับสนุนด้าน ต่างๆ	-หน่วยงาน สนับสนุนงาน COE ในโรงพยาบาลอยู่ ในคณะกรรมการ COE - แหล่งเงินจาก โรงพยาบาล/ สถาบัน -มีการสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE	-หน่วยงาน สนับสนุนงาน COE ประสานงานกับ กรมการแพทย์ อย่างต่อเนื่อง -แหล่งเงินจาก กรมการแพทย์ -มีระบบสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE ที่เพียงพอและมี การพัฒนา ความสามารถ บุคลากรอย่าง ต่อเนื่อง	-มีการสนับสนุนและ ประสานระหว่าง กรมการแพทย์และ COE อย่างดีเลิศ -มีระบบสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE ที่ เพียงพอและมีการ พัฒนาความสามารถ บุคลากรอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยง เครือข่ายทั้งในและ ต่างประเทศ	ไม่ให้ข้อจำกัด เรื่องทรัพยากร ขัดขวางการ พัฒนา

วิธีการคิดคะแนน

1. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ประเมินศักยภาพของตนเองตามแบบประเมินการพัฒนาศักยภาพศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
2. คะแนนของแต่ละข้อย่อให้นำมาเฉลี่ยรวมในแต่ละมิติ จากนั้นนำคะแนนในแต่ละมิติมาเฉลี่ยเป็นภาพรวม 6 มิติโดยใช้ประเมินทั้งสถาบันหลัก/สนับสนุนรวม ตามสูตร

คะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติ	= A / B
ค่าคะแนนรวมของข้อย่อยในแต่ละมิติ	= A
จำนวนข้อย่อยในแต่ละมิติ	= B

4. นำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละมิติของแบบประเมิน มาเฉลี่ย เป็นคะแนน Overall Scoring

คะแนนรวม Overall Scoring	= A / B
คะแนนเฉลี่ยรวมของแต่ละมิติ	= A
จำนวนมิติที่ประเมิน	= B

แนวทางการประเมินผล :

- ระยะเวลา/ความถี่รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ทุก 6 เดือนส่งกองวิชาการแพทย์
- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 15 ด้าน สังกัดกรมการแพทย์
- หลักฐานแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ จาก QR code
- หลักฐานข้อมูลอ้างอิงอย่างชัดเจนทุกองค์ประกอบ



ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นพ.มานัส โพธาภรณ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มงานพัฒนานโยบายวิชาการแพทย์ กองวิชาการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 0-2590-6106

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : 1. นายพิรพงศ์ ตั้งจิตเจริญ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6285

2. นางนฤกร ธรรมเกษม

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6284

3. นางสาวกมลชนก จัदनอก

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6284

ตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์

น้ำหนัก ร้อยละ 10

คำอธิบาย

การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการ การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร ตลอดจนกลยุทธ์ และเครื่องมืออย่างเป็นระบบ ที่สามารถดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้านนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

การประดิษฐ์ (Invention) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับลักษณะองค์ประกอบ โครงสร้างหรือกลไกของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งกรรมวิธี กระบวนการในการผลิต การรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น หรือทำให้เกิดผลิตภัณฑ์/บริการขึ้นใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม 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 นวัตกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบาย กรมการแพทย์ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน

2. นวัตกรรมบริการ (Innovation for service) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริการด้านการแพทย์แบบเดิม หรือเพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ให้กับระบบสุขภาพ 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

- องค์ประกอบ 1 : โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม น้ำหนัก : ร้อยละ 20
(Structure and support system)
- องค์ประกอบ 2 : การพัฒนานวัตกรรม (Development) น้ำหนัก : ร้อยละ 50
- องค์ประกอบ 3 : การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) น้ำหนัก : ร้อยละ 30

คำอธิบายแนวทางการประเมิน

องค์ประกอบ 1 : โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีโครงสร้าง และการดำเนินงานในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หรือผู้บริหารมอบนโยบายและหรือให้ความสำคัญ หรือหน่วยงานมีบุคลากรที่มีความสามารถในการพัฒนาหรือสนับสนุนนวัตกรรม	- คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา/จัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ - หน่วยงานย่อยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานนวัตกรรมทางการแพทย์ - เอกสารการจัดกิจกรรมที่แสดงว่าผู้บริหารในหน่วยงานให้การสนับสนุน และให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรม
2	หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ 2566	- แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ 2566
3	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข (ต้องมีแบบฟอร์มเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงาน)	- ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ
4	หน่วยงานมีกรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ (ต้องมีแบบฟอร์มเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงาน)	- conceptual framework
5	หน่วยงานมีระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน	- ข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงาน ที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ

หมายเหตุ : ไม่ต้องดำเนินการตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 1 คือ

1. โครงสร้างและการดำเนินงานของหน่วยงาน หมายถึง การมีโครงสร้างคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงานให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การสร้างบรรยากาศ เพื่อเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสเสนอความคิดสร้างสรรค์ทางการแพทย์ อาจเป็นในรูปแบบการมีคลินิกนวัตกรรมรับฟังปัญหา จัดหาเวทีนำเสนอนวัตกรรม จัดกลุ่มเพิ่มเติมความรู้ หาแนวทางการช่วยเหลือ การสร้างแรงจูงใจ การมอบรางวัล ยกย่องชมเชยบุคลากรที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อเป็นกำลังใจในการพัฒนา
2. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หมายถึง แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่หน่วยงานจัดทำขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ กระบวนการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่หรือนำของเดิมมาพัฒนาต่อยอดให้ดีขึ้น มีการของบประมาณหรือมีการเตรียมการไว้สำหรับดำเนินการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ หรือแผนพัฒนาหน่วยงานในด้านนวัตกรรมโดยเฉพาะ
3. การวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) หมายถึงการวิเคราะห์ช่องว่าง/ที่มาของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหายอย่างเป็นระบบ
4. กรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การกำหนดขอบเขตของการสร้างนวัตกรรม ประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เครื่องมือ รูปแบบ วิธีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. ระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงานที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ เป็นต้น

องค์ประกอบ 2 : การพัฒนานวัตกรรม (Development)

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 แนวคิดใหม่รวมถึงฝึกฝนการใช้เครื่องมือ วิธีการเพื่อพัฒนานวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

2. concept paper หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงแนวทางการพัฒนานวัตกรรมอย่างย่อหรือโครงการฉบับย่อ ประกอบด้วย หัวข้อโครงการ ผู้พัฒนานวัตกรรม (นวัตกรรม) ที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นิยามศัพท์เฉพาะ และวิธีดำเนินการพัฒนานวัตกรรม

3. แผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) หมายถึง แผนการดำเนินงานในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของหน่วยงาน

4. ต้นแบบนวัตกรรม (Prototype) หมายถึง การนำนวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการประดิษฐ์ คิดค้น พัฒนาจนได้เป็นชิ้นงานนวัตกรรมนำมาทดลองใช้ ปรับปรุงและหรือวิจัยชิ้นงาน โดยผ่านคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงาน และหรือได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการใช้ในคน (EC)(สำหรับนวัตกรรมที่นำมาใช้ในคน) อย่างเป็นทางการ ก่อนนำมาทดลอง วิจัยในแผนกของหน่วยงานต้นสังกัด และนำผลการทดลอง การวิจัยมาพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นจนเกิดเป็นต้นแบบนวัตกรรมที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้

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

6. รายงานฉบับสมบูรณ์ (full paper) หมายถึง การสรุปรายงานเพื่อแสดงรายละเอียดของการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมและผลของการดำเนินการ

องค์ประกอบ 3 : การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement)

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน	- หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน
2	หน่วยงานนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและหรือภายนอกหน่วยงาน หรือสาธารณะ	- หลักฐานเชิงประจักษ์ การเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ
3	หน่วยงานมีการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น/มีเครือข่ายการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม	- หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการถ่ายทอดที่แสดงการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น - หลักฐานเชิงประจักษ์ในการมีเครือข่ายความร่วมมือ หรือ MOU
4	มีกระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หรือจดทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือมาตรฐานอื่น ๆ	- เลขที่คำขอการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา - เลขที่จดแจ้ง อย. - เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
5	มีการนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ และหรือเชิงพาณิชย์ และหรือเชิงนโยบาย	- ข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม /รายชื่อหน่วยงาน องค์กรที่ร่วมพัฒนา และหรือสัญญาความร่วมมือ และหรือข้อตกลงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทย

หมายเหตุ: ผลงานที่นำมาตอบ ไม่จำเป็นต้องเป็นชิ้นงานเดียวกัน / ไม่ต้องดำเนินการตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 3 คือ

1. หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานประกาศนวัตกรรมการแพทย์ขั้นนั้นมาใช้ในหน่วยงาน รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
2. หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานอื่นขอนำนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้ประโยชน์รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
3. การจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การมีแผนการดำเนินการและข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดสู่การจับคู่เจรจา ซึ่งเป็นกระบวนการตั้งแต่ 2 หน่วยงาน ทำการเจรจาเพื่อพัฒนานวัตกรรมให้ได้มาตรฐานหรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม และสามารถยืดหยุ่นได้ซึ่งอาจเป็นวัตถุดิบของหรือบริการทางการแพทย์ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามหาข้อยุติต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพ
4. กระบวนการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หมายถึง การเขียนหนังสือคำร้องขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์ โดยส่งผ่านกรมการแพทย์ให้ดำเนินการ และหรือได้รับเลขคำขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยสามารถยื่นเรื่องเดิมได้ หากยังเป็นชิ้นงานที่อยู่ในกระบวนการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ยื่นคำขอ แก้ไข ประกาศโฆษณา ตั้งแต่เริ่มยื่นจนกว่าจะได้รับการจดความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา
5. การนำไปใช้เชิงสาธารณะ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถเป็นต้นแบบนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษา วินิจฉัยทางการแพทย์ หรือฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นในประเทศหรือต่างประเทศได้อย่างแพร่หลาย
6. การนำไปใช้เชิงพาณิชย์ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถนำไปเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดรายได้ต่อหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกรมการแพทย์

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด :

- | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. นายมานัส โพธาภรณ์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์ | เบอร์ติดต่อ: 0 2590 6013 |
| 2. นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ | ที่ปรึกษากกรมการแพทย์ | เบอร์ติดต่อ: 0 2590 6224 |

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล :

1. กองวิชาการแพทย์
2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม

ผู้กำกับตัวชี้วัด :

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ | เบอร์ติดต่อ: 0 2590 6283 |
| 2. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ | เบอร์ติดต่อ: 0 2590 6270 |
| 4. ผู้อำนวยการกองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม | เบอร์ติดต่อ: 0 2590 6375 |

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด:

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. หัวหน้ากลุ่มงานมาตรฐานการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ | เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6273 |
| 2. นางสาววรนุตร อรุณรัตน์โชติ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีฯ | เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6285 |
| 3. นางสาววิจิตร บัญจิตกร กองวิชาการแพทย์ | เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6274 |
| 4. นางสาวสุภาพร พรหมจัน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีฯ | เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6285 |
| 5. นางสาวดลยา ถนอม กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม | เบอร์ติดต่อ: 0 2590 6375 |

ตัวชี้วัดที่ 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำนิยาม

เขตสุขภาพ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพ ที่รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการดำเนินงานไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพ ครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคที่มีการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และสูงกว่า และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทางด้านต่างๆ จำนวน 32 แห่ง

ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์ สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหา จัดทำ Service mapping และจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนความเป็นเลิศทางการแพทย์ ใน 5 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) สาขายาเสพติด (Drugs Addict) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) และสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ กรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี รวมถึงสาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์

คำอธิบาย

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการมีบทบาทภารกิจในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการทางการแพทย์ เฉพาะทางระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากยากซับซ้อน โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนและสนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เสริมสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการทางสาธารณสุขในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด จากการดำเนินการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่ผ่านมาพบว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชนและยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ตามแผนปฏิบัติการ กรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (ปี 2566 – 2570) ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราป่วยด้วยโรคสำคัญลดลง 3 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI) และสาขาทารกแรกเกิด (Newborn) และตัวชี้วัดอัตราการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 2 สาขา คือ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) และสาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) และในปีงบประมาณ 2566 กรมการแพทย์มีนโยบายมุ่งเน้นในการขับเคลื่อนความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 5 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) สาขายาเสพติด (Drugs Addict) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้อง

กับภารกิจกรมการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและเสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการในพื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชาชนให้สามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์ที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น ลดอัตราป่วย และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน:

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์(CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน
2	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการกำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็งสาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน
3	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์(CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็งสาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน
4	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการความเป็นเลิศทางการแพทย์(CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็งสาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน
5	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์(CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน	เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาตามบทบาทภารกิจโรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์
2	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์กำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์(CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน	กำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์
3	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน	แผนงาน/โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์
4	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็งสาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาอื่นๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์อย่างน้อย 1 ด้าน	กิจกรรมการสนับสนุนด้านวิชาการหรือการจัดบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
5	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค	รายงานสรุปผลการดำเนินงานและ ปัญหาอุปสรรค

แนวทางการประเมินผล :

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

รายละเอียดดำเนินการ

สาขา	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์
1.ด้านโรคมะเร็ง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
	โรงพยาบาลมหาวิชัยมงคลนครชัยบุรี
2.ด้านยาเสพติด	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
3.ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ
	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
4.ด้าน Intermediate Care (การดูแลระยะ กลาง)	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
	โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
5.ด้านโรคหลอดเลือดสมอง	สถาบันประสาทวิทยา
	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
6.ด้านโรคผิวหนัง	สถาบันโรคผิวหนัง
	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

สาขา	โรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการแพทย์
7.ด้านโสต ศอ นาสิก	โรงพยาบาลราชวิถี
8.ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	
9.ด้านอชีวเวชศาสตร์	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
10.ด้านภาวะการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้สูงอายุ	โรงพยาบาลเลิดสิน
11.ด้านโรคหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก
12.ด้านจักษุวิทยา	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
13.ด้านทันตกรรม	สถาบันทันตกรรม
14.ด้านทารกแรกเกิด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
15.ด้านพยาธิวิทยา	สถาบันพยาธิวิทยา
16.ด้านพระสงฆ์	โรงพยาบาลสงฆ์

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด: นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักนิเทศระบบการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด :	ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6330
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :	1.นางสาวรัตติยากร ถิ่อวัน	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6359
	2.นางสาววิไลลักษณ์ สนธิรักษ์	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6359
	3.นางสาวธฤตา เหล่าม่วง	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6359
	4.นางสาวมณีนุช วุฒิการณ์	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6359
	5.นางสาวณัฐนิชา บุญรอด	เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6359

มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ		
ตัวชี้วัด	กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ	กรณีที่ 2 หน่วยงานสนับสนุน
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 15)	น้ำหนัก (ร้อยละ)	น้ำหนัก (ร้อยละ)
2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	5	-
2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ	5	-
2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0	-	10
2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	5	5
รวม	15	15

หมายเหตุ : กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ 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	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ เชียงใหม่
8	สถาบันประสาทวิทยา	24	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ สงขลา
9	สถาบันพยาธิวิทยา	25	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ ขอนแก่น
10	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	26	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ ปัตตานี
11	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ	27	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ แม่ฮ่องสอน
12	สถาบันโรคทรวงอก	28	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ อุดรธานี
13	สถาบันโรคผิวหนัง	29	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ
14	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	30	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
15	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	31	โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
16	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี		

หมายเหตุ : กรณีที่ 2 หน่วยงานสนับสนุน

1	สำนักงานเลขาธิการกรม	7	สำนักนิติเวชระบบการแพทย์
2	กองบริหารการคลัง	8	กลุ่มตรวจสอบภายใน
3	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	9	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
4	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	10	สำนักนิติเวชการแพทย์
5	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	11	กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม
6	กองวิชาการแพทย์	12	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชฯ ผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน

น้ำหนัก : ร้อยละ 5 (ตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น)

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 “การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐให้สาธารณสุขไทย เป็นเรื่องง่าย สะดวก เข้าถึงได้ อย่างรวดเร็ว” สอดคล้องกับเข็มมุ่งของกรมการแพทย์ ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจร อย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)” จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์ความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงานทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนาธรรมาภิบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์ และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

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	โรงพยาบาลมหาสารคาม
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดเชียงใหม่
8	สถาบันประสาทวิทยา	24	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดสงขลา
9	สถาบันพยาธิวิทยา	25	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดขอนแก่น
10	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	26	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดปัตตานี
11	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ	27	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดแม่ฮ่องสอน
12	สถาบันโรคทรวงอก	28	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดอุตรธานี
13	สถาบันโรคผิวหนัง	29	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ
14	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	30	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
15	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	31	โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง
16	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี		

เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง

มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) คือ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

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

มาตรฐาน JCI (Joint commission International Accredited) คือ กระบวนการประเมินสถานพยาบาล โดย The Joint Commission (USA) เพื่อพิจารณาว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนด (มาตรฐาน) ที่ถูกออกแบบมาเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการรับรองเป็นไปโดยความสมัครใจ มาตรฐานเพื่อการรับรองจะคำนึงถึงระดับสูงสุดที่สามารถบรรลุได้ในทางปฏิบัติ (optimal and achievable) เพื่อให้องค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สร้าง ความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลที่ปลอดภัย และทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและ บุคลากร เป็นการรับรองที่ได้รับความสนใจจากทั่วโลกว่าเป็นเครื่องมือการจัดการและประเมินคุณภาพที่มี ประสิทธิภาพ

การรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Certification: PDSC) เป็นการส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (DSC) โดยใช้มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards; PDSS) เป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วย รายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแล ผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะที่เมื่อรวบรวมได้หลายโรค/หลายระบบ จะก้าวสู่การขอรับรอง Advanced HA ได้ต่อไป การรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ยังเป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วย 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	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ฯ
5	สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	รายงานข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล/ สถาบัน	รายงานข้อมูลพื้นฐาน ผ่าน Google forms ภายในวันที่ 31 มกราคม 2566
2	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานบริการ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ฯ - กรณีไม่มีการแต่งตั้ง คกก.พัฒนาคุณภาพ ฯ ให้ แนบหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานมีการดำเนินการ พัฒนา ฯ เช่น คำสั่ง คกก.บริหาร ฯ/วาระและ รายงานการประชุม ที่มีการระบุ/มอบหมาย/ กำหนดให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาล/สถาบัน เป็นต้น
3	จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่ โรงพยาบาล/สถาบัน ตามบริบทของ หน่วยงาน	แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล/สถาบัน จะดำเนินการในปีงบประมาณ (แบบฟอร์มที่ 1)
4	รายงานผลการดำเนินงานตาม แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ฯ	รายงานผลการดำเนินงานตามแผน ฯ ที่กำหนด ระบุ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (สรุปผลการ ดำเนินงาน ณ เดือนกรกฎาคม 2566)
5	สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey (ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566)	สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey (แบบฟอร์มที่ 2)

หมายเหตุ :

- รายงานข้อมูลพื้นฐานที่ <https://forms.gle/GPHjkNx3QKfmhAv5> หรือสแกน QR Code ด้านล่าง
- สามารถ Download แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องได้ที่ <https://bit.ly/3RKN2Er> หรือสแกน QR Code ด้านล่าง



แนวทางการประเมิน :

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

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6132

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : หัวหน้ากลุ่มงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6138

นางสาวณัฐชา ธนะพิมลกุล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6136

แบบรายงานข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล/สถาบัน

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....Website.....ช่องทางการติดต่ออื่น.....

จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566)เตียง

รายการ		หมายเหตุ
1.	โรงพยาบาล/สถาบัน ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 1.1 Hospital Accreditation: HA () ยังไม่เคยขอรับการรับรอง () อยู่ระหว่างดำเนินการขอรับการรับรอง () ผ่านการรับรองขั้นที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... () Re-accreditation ครั้งที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... 1.2 Program and Disease Specific Certification: PDSC 1.2.1 การขอรับการรับรอง PDSC () ยังไม่เคยขอรับการรับรอง () ส่งผลงานขอรับการรับรอง [] ไม่ผ่านการประเมิน [] อยู่ในขั้นตอนของ สรพ. () ผ่านการรับรอง PDSC จำนวน.....เรื่อง ดังนี้ 1. เรื่อง..... วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... ต่ออายุครั้งที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... 2. เรื่อง..... วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... ต่ออายุครั้งที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... 3. เรื่อง..... วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... ต่ออายุครั้งที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... 1.2.2 แผนดำเนินการ PDSC () ไม่มีแผนที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 () มีแผนดำเนินการขอรับการรับรองในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน.....เรื่อง ได้แก่ 1)..... 2)..... () มีแผนดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.(ระบุปี).....	
	1.3 JCI (Joint commission International Accredited) () ยังไม่เคยขอรับการรับรอง () ได้รับการรับรอง จำนวน.....ด้าน/แผนก ดังนี้ 1. ด้าน/แผนกที่ผ่านการรับรอง..... วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ.....	

รายการ		หมายเหตุ
	ต่ออายุครั้งที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... 2. ด้าน/แผนกที่ผ่านการรับรอง..... วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... ต่ออายุครั้งที่.....วันที่รับรอง.....วันที่หมดอายุ..... () มีแผนดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.(ระบุปี).....	
2.	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green and Clean ระดับมาตรฐานกรมอนามัย/Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) () ระดับพื้นฐาน () ระดับดี () ระดับดีมาก () ระดับดีมาก Plus	

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้จัดทำรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจรายงาน

(แบบฟอร์มที่ 1)

แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล/สถาบัน

หน่วยงาน.....ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เรื่อง/กิจกรรม	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.

สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey
หน่วยงาน.....ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
(ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566)

(แบบฟอร์มที่ 2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
เพศ		
ชาย		
หญิง		
อายุ		
ต่ำกว่า 18 ปี		
19 – 35 ปี		
36 – 51 ปี		
52 – 70 ปี		
70 ปี ขึ้นไป		
การศึกษา		
ประถมศึกษา		
มัธยมศึกษา		
อนุปริญญา		
ปริญญาตรี		
สูงกว่าปริญญาตรี		
สิทธิการรักษา		
ไม่มีสิทธิการรักษา		
สวัสดิการข้าราชการ		
ประกันสังคม		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
อื่นๆ โปรดระบุ		

ส่วนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการในโรงพยาบาล

หัวข้อความพึงพอใจต่อการให้บริการในโรงพยาบาล	พอใจน้อยที่สุด (1)		พอใจน้อย (2)		พอใจปานกลาง(3)		พอใจมาก (4)		พอใจมากที่สุด (5)		ไม่ได้ใช้บริการ (0)	
	จำนวน (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน (คน)	คิดเป็น ร้อยละ
1. แพทย์ให้ความสำคัญกับการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค												
2. แพทย์ให้ข้อมูล / แนะนำวิธีการ และทางเลือกในการรักษา												
3. คำถามและข้อสงสัย ได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์												
4. แพทย์รับฟัง / พุดคุยให้ท่านคลายความกังวลในอาการเจ็บป่วย												
5. มีโอกาสได้พุดคุยกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เรื่องอาการเจ็บป่วย												
6. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ สามารถตอบคำถามและข้อสงสัยได้ชัดเจน												
7. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่												
8. ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องการรักษา												
9. ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม และไม่เลือกปฏิบัติ												
10. ได้รับคำแนะนำ และขั้นตอนในการรับบริการของโรงพยาบาล												
11. อาการเจ็บป่วยทั้งกาย และใจได้รับการดูแลเป็นอย่างดี												
12. แพทย์ผู้ให้การรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติได้ซักถาม												
13. ผู้ป่วยและญาติ ได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็น ประโยชน์จนสามารถดูแลตนเองได้												
14. ได้รับข้อมูลการใช้ยา ผลข้างเคียง และอาการที่ต้องเฝ้าระวังอย่างชัดเจน												
15. ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจน ถึงอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด												
16. ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล โดยรวมในระดับใด												
17. ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จัก ให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่												
แนะนำ												
ไม่แนะนำ												
ผลรวม												

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ (ความในใจที่อยากบอกโรงพยาบาล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้จัดทำรายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ตรวจรายงาน

ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ

น้ำหนัก : ร้อยละ 5 (ตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น)

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 ดังนั้น หน่วยงานที่ได้รับรางวัลบริการภาครัฐ จึงถือได้ว่าเป็นหน่วยงานที่มีผลการทำงานในการยกระดับคุณภาพการให้บริการที่ประสบผลสำเร็จ และสามารถสร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นให้หน่วยงานมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเภทรางวัล

- 1) นวัตกรรมบริการ
- 2) พัฒนาการบริการ
- 3) ประเภทขยายผลมาตรฐานการบริการ
- 4) ประเภทบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการ
- 5) ประเภทยกระดับบริการที่ตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด 19
- 6) ประเภทยกระดับการอำนวยความสะดวก

2. รางวัลบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เป็นรางวัลที่มอบให้กับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และสร้างขวัญกำลังใจ ในการเปิดระบบราชการให้ประชาชนและภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการและทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม 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) ผู้นำหันส่วนความร่วมมือ (Engaged Citizen)
- 4) เลือกลือขยายผล (Participation Expanded)
- 5) ร่วมใจแก้จน (Collaboration towards Poverty Eradication)

ระดับความสำเร็จในการสมัครรางวัลเลิศรัฐ คือ จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัลเลิศรัฐ

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาล/สถาบันส่งบุคลากรเข้าอบรม
2	โรงพยาบาล/สถาบันเสนอชื่อผลงาน
3	โรงพยาบาล/สถาบันจัดทำ (ร่าง) ผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ
4	โรงพยาบาล/สถาบันลงข้อมูลในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th
5	โรงพยาบาล/สถาบันตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน ในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	โรงพยาบาล/สถาบันส่งบุคลากรเข้าอบรม	รายชื่อบุคลากรที่เข้าอบรม/ภาพการเข้า อบรมของบุคลากร
2	โรงพยาบาล/สถาบันเสนอชื่อผลงาน	ชื่อผลงานที่สมัครรางวัลเลิศรัฐ
3	โรงพยาบาล/สถาบันจัดทำ (ร่าง) ผลงานสมัคร รางวัลเลิศรัฐ	ร่างผลงานที่หน่วยงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ
4	โรงพยาบาล/สถาบันลงข้อมูลในระบบสมัคร ของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th	ภาพถ่ายหน้าจอ (screenshot) การลงข้อมูล ในระบบของ สำนักงาน ก.พ.ร. ครบถ้วน สมบูรณ์ https://awards.opdc.go.th
5	โรงพยาบาล/สถาบันตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน ในระบบสมัครของ สำนักงาน 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>)

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6132

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ว่าที่ร้อยตรีทัตพล บัวขาว

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6137

ตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์ PMQA 4.0

น้ำหนัก : ร้อยละ 10 (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

ด้วยวิสัยทัศน์ของประเทศไทย “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีฐานคิดหลักคือ เปลี่ยนจากการผลิตสินค้าโภคภัณฑ์ไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม และเปลี่ยนจากการเน้นภาคการผลิตสินค้าไปสู่การเน้นภาคบริการมากขึ้น เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าว รัฐบาลจึงมีนโยบายที่จะใช้โมเดลขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม เพื่อพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นประเทศไทย 4.0 ดังนั้นระบบราชการจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสอดคล้องกับบริบท ที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นประเทศไทย 4.0 โดยภาครัฐหรือระบบราชการจะต้องทำงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเป็นหลัก (Better Governance, Happier Citizens) หมายความว่า ระบบราชการไทยจะต้องปฏิรูปขนานใหญ่ เพื่อให้สามารถเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นพึ่งของประชาชนได้อย่างแท้จริง กล่าวคือภาครัฐต้องปรับตัวและต้องพลิกโฉมเข้าสู่ยุคดิจิทัล ยุกระดับประสิทธิภาพภาครัฐสู่สังคมดิจิทัลที่มี การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมในยุคดิจิทัลท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและไม่สามารถคาดเดาได้ ดังนั้น ภาครัฐจึงต้องมุ่งเน้นความคล่องตัวเพื่อขับเคลื่อนภารกิจพิเศษ (Agenda-based) และนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาพลิกโฉมหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 (Government 4.0 หรือ Gov. 4.0) อันเป็นฟันเฟืองและเสาหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องกับทิศทางในการบริหารงานของประเทศให้ก้าวสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งจะส่งผลให้กลไกการพัฒนาระบบราชการมีการปรับตัวต่อความท้าทายใหม่ๆ อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันกับนานาประเทศ และยังเป็นการยกระดับสมรรถนะของหน่วยงานภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดของการพัฒนาหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 เพื่อให้รองรับต่อการเปลี่ยนแปลงและการเป็นประเทศไทย 4.0 ตามนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 จึงมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ภาครัฐสามารถเป็นที่พึ่ง ที่เชื่อถือและไว้วางใจได้ของประชาชน โดยได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบราชการไว้ ดังนี้

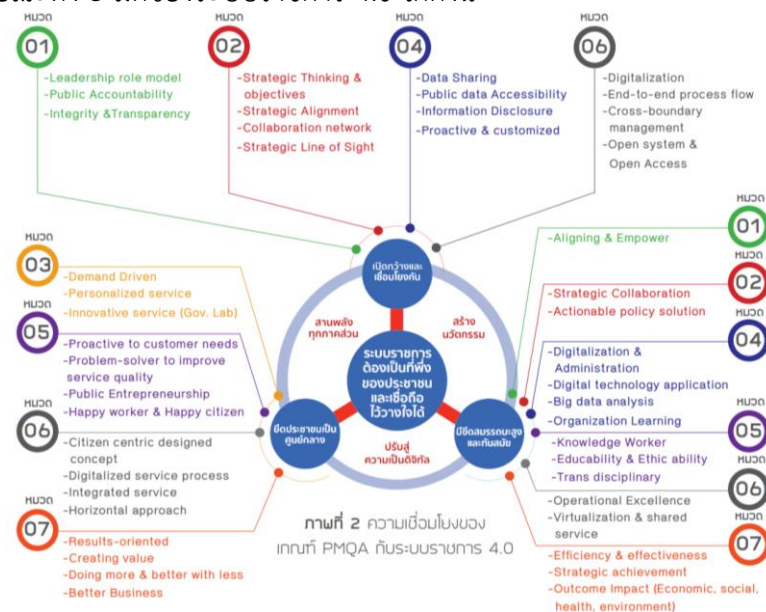
1. ระบบราชการที่เปิดกว้างและเชื่อมโยงถึงกัน (Open & Connected Government) ต้องมีความเปิดเผยโปร่งใสในการทำงาน โดยบุคคลภายนอกสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของทางราชการ หรือมีการแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน และสามารถเข้ามาตรวจสอบการทำงานได้ ตลอดจนเปิดกว้างให้กลไกหรือภาคส่วนอื่น ๆ เช่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วม และโอนถ่ายภารกิจที่ภาครัฐไม่ควรดำเนินการเองออกไปให้แก่ภาคส่วนอื่น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการแทน โดยการจัดระเบียบความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างให้สอดคล้องกับการทำงาน ในแนวระนาบ ในลักษณะของเครือข่าย มากกว่าตามสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่ง ขณะเดียวกันก็ยังคง เชื่อมโยงการทำงานภายในภาครัฐด้วยกันเองให้มีเอกภาพและสอดคล้องประสานกัน ไม่ว่าจะเป็นการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

2. ระบบราชการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric Government) ต้องทำงานในเชิงรุก และมองไปข้างหน้า โดยตั้งคำถามกับตนเองเสมอว่า ประชาชนจะได้อะไร มุ่งเน้นแก้ไข ปัญหาความต้องการ และตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยไม่ต้องรอให้ประชาชนเข้ามาติดต่อขอรับบริการหรือร้องขอความช่วยเหลือจากทางราชการ (Proactive Public Services) รวมทั้งใช้ประโยชน์จากข้อมูลของทางราชการ (Big Government Data) และระบบดิจิทัลสมัยใหม่ในการจัดบริการสาธารณะที่ตรงกับความต้องการของประชาชน (Personalized หรือ Tailored Services) พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกโดยมีการเชื่อมโยงกันเองของหน่วยงานราชการเพื่อให้บริการต่าง ๆ สามารถเสร็จสิ้นในจุดเดียว ประชาชนสามารถเรียกใช้บริการของ

ทางราชการได้ตลอดเวลาตามความต้องการของตนและผ่านการติดต่อได้หลายช่องทางผสมผสานกัน ไม่ว่าจะเป็นติดต่อมาด้วยตนเอง อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ โซเชียลมีเดีย หรือแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์มือถือ

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

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



หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ 1) สำนักงานเลขาธิการกรม 2) กองบริหารการคลัง 3) สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 4) กองบริหารทรัพยากรบุคคล 5) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 6) กองวิชาการแพทย์ 7) สำนักนิติการแพทย์ 8) กลุ่มตรวจสอบภายใน 9) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร 10) สำนักนิติการแพทย์ 11) กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานสนับสนุนส่งรายชื่อบุคลากรเข้าเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ 4.0
2	หน่วยงานสนับสนุนประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA 4.0 ในส่วนที่รับผิดชอบ
3	จัดทำแผนการพัฒนาของหน่วยงานสนับสนุนตามเกณฑ์ PMQA 4.0
4	ดำเนินการตามแผนการพัฒนาของหน่วยงานสนับสนุนตามเกณฑ์ PMQA 4.0
5	สรุปภาพรวมการดำเนินงานเสนอผู้บริหารและส่งกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	หน่วยงานสนับสนุนส่งรายชื่อบุคลากรเข้าเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ 4.0	รายชื่อบุคลากรที่ส่งเข้าเป็นคณะกรรมการ
2	หน่วยงานสนับสนุนประเมินตนเองตามเกณฑ์ PMQA 4.0 ในส่วนที่รับผิดชอบ	เอกสารการประเมินตนเองตามเกณฑ์ฯ ในส่วนที่รับผิดชอบ
3	จัดทำแผนการพัฒนาของหน่วยงานสนับสนุนตามเกณฑ์ฯ ในส่วนที่รับผิดชอบ	แผนการพัฒนาฯ ในส่วนที่รับผิดชอบ
4	ดำเนินการตามแผนการพัฒนาของหน่วยงานสนับสนุนตามเกณฑ์ฯ ในส่วนที่รับผิดชอบ	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนา
5	สรุปผลการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อจัดทำรายงานการพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐต่อไป	หนังสือส่งสรุปผลการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

แนวทางการประเมินผล :

- กรมการแพทย์พัฒนาคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐตามเกณฑ์ PMQA 4.0

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6132

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวฉัตรดาว ลิ้มวงษ์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6137

ว่าที่ร้อยตรีทิติพล บัวขาว

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6137

ตัวชี้วัดที่ 2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

น้ำหนัก : ร้อยละ 5

คำอธิบาย

พิจารณาจากระดับความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กรมการแพทย์

ค่านิยาม

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

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

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) ตามระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม
2	2.1 หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) 2.2 มีกิจกรรมอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ 1) การประกาศเจตนารมณ์สุจริตในหน่วยงาน 2) ผู้ประสานงาน ถ่ายทอดความรู้การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และ สำนวความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ 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 :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ	ระยะเวลาดำเนินการ
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม	ตรวจสอบจากการส่งรายชื่อจาก Google Form	พ.ย. 2565
2	2.1 หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม เข้าร่วมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (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. กำหนด ทาง e-mail: law.dms@dms.mail.go.th	ม.ค. - มีค. 2566
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	จำนวนผู้ตอบแบบวัดการรับรู้ภาพรวมกรมการแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2567	สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ ส่งทาง e-mail: law.dms@dms.mail.go.th	ก.ค. 2566

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

รอบการประเมิน ครั้งที่ 1/2566 ระดับคะแนน 1 - 3

รอบการประเมิน ครั้งที่ 2/2566 ระดับคะแนน 4 - 5

ทั้งนี้ หน่วยงานต้องดำเนินงานตามขั้นตอนเรียงตามระดับ หากมิได้ดำเนินการตามขั้นตอน/ระดับใด จะได้รับคะแนนตามจำนวนขั้นตอน/ระดับที่ได้ดำเนินการเท่านั้น

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายไพโรจน์ สุรัตนวนิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6159

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวเมธิรา เกตุดี เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6159

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด		เกณฑ์ที่ 1 มีครบ ทุกตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ 2 มีไม่ครบ ทุกตัวชี้วัด
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 10)		น้ำหนัก (ร้อยละ)	น้ำหนัก (ร้อยละ)
การบริหารงบประมาณ	3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	5	7
	3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	2	-
การจัดการพลังงาน	3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	3	3
รวม		10	10

หมายเหตุ : เกณฑ์ที่ 1 หน่วยงานที่วัดประกอบด้วย

1	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	17	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
2	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	18	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
3	โรงพยาบาลราชวิถี	19	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
4	โรงพยาบาลเลิดสิน	20	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
5	โรงพยาบาลสงฆ์	21	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
6	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฯ	22	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
8	สถาบันพยาธิวิทยา	24	โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
9	สถาบันโรคทรวงอก	25	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
10	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	26	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
11	สถาบันประสาทวิทยา	27	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
12	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	28	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
13	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	29	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ ชลบุรี
14	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ	30	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
15	สถาบันโรคผิวหนัง	31	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนฯ จ.ตรัง
16	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ	32	โรงพยาบาลเวชารักษ์ลำปาง

หมายเหตุ : เกณฑ์ที่ 2 หน่วยงานภายในอาคารกรมการแพทย์

1	สำนักงานเลขานุการกรม	7	สำนักนิติเวชระบบการแพทย์
2	กองบริหารการคลัง	8	กลุ่มตรวจสอบภายใน
3	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	9	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
4	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	10	สำนักกิตติจุฬารการแพทย์
5	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	11	กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม
6	กองวิชาการแพทย์		

ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

น้ำหนัก : ร้อยละ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

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

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยอมรับของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจสอบโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยอมรับของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

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

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

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

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์วีรวุฒิ อัมสำราญ รองอธิบดี กรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองบริหารการคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำปีไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำปี) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณด้วย

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

สูตรการคำนวณ :

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

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
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่อหนี้และการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ในระบบ GFMIS

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

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์วีรวุฒิ อิมสำราญ รองอธิบดี กรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองบริหารการคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6097

ตัวชี้วัดที่ 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม แต่ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญ ที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงาน อย่างมีประสิทธิภาพ 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 :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงาน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565-ก.พ. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยกิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน 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
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566-ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี

หมายเหตุ : กรณีหน่วยงานในอาคารกรมการแพทย์ ให้ใช้ฐานข้อมูลของกองบริหารการคลังในการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงาน ในเว็บ 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 หน้ารายงานการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 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	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน 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 และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566)
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 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)
	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	- Print Screen หน้ารายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า และ ข้อมูลปริมาณพลังงานประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566)

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์วีรวุฒิ อิ่มสำราญ รองอธิบดี กรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองบริหารการคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6121

มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ 6

คำอธิบาย :

การบริหารแผนปฏิบัติการ คือ การบริหารจัดการองค์กรให้มีการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนงาน ตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ภายใต้กรอบงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากแหล่งเงินต่าง ๆ อาทิ เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินนอกงบประมาณโดยหน่วยงานตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนาหรือขับเคลื่อน ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อระบบการทำงานตามภารกิจของหน่วยงานในช่วงปีปัจจุบัน

กรมการแพทย์ ดำเนินการสื่อสารและถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570) โดยมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทุกแห่งแปลงแผนสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาองค์กรโดยกระบวนการบริหารที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (Action plan) โดยจะสามารถช่วยในการติดตามประเมินผลได้ตลอดเวลา สามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตามสถานการณ์ (Adaptive strategy) และการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 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 และควบคุมกำกับเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ

รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ หมายถึง สถานการณ์การรายงานความก้าวหน้าของโครงการ/กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในระบบ PBMS

ผลงานเด่น หมายถึง ผลลัพธ์ของงานสำคัญที่หน่วยงานสามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นรูปธรรม ส่งผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับแนวทางตามเป้าหมาย กลยุทธ์ แผนปฏิบัติการเรื่อง และแผนปฏิบัติการหน่วยงาน ที่ได้กำหนดไว้

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปีงบประมาณ 2565 (แผนงาน-แผนเงิน) สรุปผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) รวมทั้ง การวางแผนการดำเนินการและการใช้จ่ายปีงบประมาณ 2566 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน
2	การเชื่อมโยงแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

แนวทางการประเมินผล

- พิจารณาจากความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของกระบวนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับคะแนนตามเอกสาร/หลักฐาน ที่แสดงในโปรแกรม PBMS เว็บไซต์หน่วยงาน และเอกสารแนบในระบบรายงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) ประกอบการประเมินผล
- หน่วยงานสามารถปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณได้ โดยให้จัดส่งรายละเอียดที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหน่วยงานมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงานภายในไตรมาสที่ 2 (มีนาคม 2566) โดยการขอปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงแผนปฏิบัติการ ต้องเป็นผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่ใช่ความบกพร่องของหน่วยงาน และไม่ใช่เหตุการณ์อันเกิดขึ้นได้โดยปกติ ทั้งนี้ ต้องส่งผลกระทบจนไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการที่ระบุไว้
- กรณีที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการ ขอให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นประกอบการประเมินผล

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	แนบไฟล์เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร
	1.2 รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงานที่ปรากฏวาระของการทบทวน ผลการดำเนินการปีงบประมาณ 2565 และจัดทำแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2566 ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในข้อ 1.1	0.5	แนบไฟล์รายงานการประชุมฯ ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร
	รวมคะแนน 1.1 + 1.2	1.0	
2	การเชื่อมโยงแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน (Action plan) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
	ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.6 คะแนน		
	2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน	0.6	แนบหนังสืออนุมัติ/เอกสารหลักฐานที่แสดงว่าแผนปฏิบัติการของหน่วยงานได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
2 (ต่อ)	ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 0.4 คะแนน 2.2 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงินงบประมาณและเงินบำรุง <u>ในระบบ PBMS</u> <u>การคิดคะแนน</u> $\frac{A}{B} \times 100$ A = จำนวนโครงการเงินงบประมาณและ เงินบำรุงที่บันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการใน ระบบ PBMS B = จำนวนโครงการทั้งหมดที่ได้รับ จัดสรรงบประมาณและจำนวนโครงการ เงินบำรุงทั้งหมดที่สอดคล้องและ ตอบสนองต่อแผนปฏิบัติราชการกรมการ แพทย์ * หมายเหตุ 1. ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือน โครงการวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการ ศึกษาวิจัย 2. โครงการเงินบำรุงทั้งหมดที่สอดคล้องและ ตอบสนองต่อแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ คือ โครงการที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นโครงการที่สอดคล้อง และตอบสนองต่อแผนปฏิบัติราชการกรมการ แพทย์ (ตามแผนเงินบำรุงของหน่วยงานที่ได้รับ อนุมัติ) 3. ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน	0.4	บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง และข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่ กำหนด ทั้งนี้ โครงการที่บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ดังกล่าว จะต้อง<u>มีแผนการดำเนินการ</u> โครงการให้แล้วเสร็จภายใน - เดือนมีนาคม 2566 <u>มากกว่าหรือเท่ากับ</u> <u>ร้อยละ 50</u> และ - เดือนสิงหาคม 2566 <u>มากกว่าหรือเท่ากับ</u> <u>ร้อยละ 90</u>
		0.2	โครงการที่บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ดังกล่าว จะต้อง<u>มีแผนการดำเนินการ</u> โครงการให้แล้วเสร็จภายใน - เดือนมีนาคม 2566 <u>น้อยกว่าร้อยละ 50</u> และ - เดือนสิงหาคม 2566 <u>น้อยกว่าร้อยละ 90</u>
		0.0	กรณีหน่วยงานไม่มีการบันทึกข้อมูล แผนปฏิบัติการทั้งเงินงบประมาณและ เงินบำรุง <u>ในระบบ PBMS</u>
	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 *		
	<u>การคิดคะแนน (1)</u> $\frac{A}{B} \times 100$ A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566	0.5	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน <u>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</u>
		0	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u>
	<u>การคิดคะแนน (2)</u> $\frac{C}{D} \times 100$ C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้วในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด	0.5	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล ** การดำเนินงานในระบบ PBMS <u>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30</u> ** สรุปผล หมายถึง การสรุปผลโครงการที่เสร็จสิ้นโดยให้รายงานผลการดำเนินงานที่ระบุผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์โครงการ พร้อมทั้งระบุเหตุผลหากจำเป็นต้องดำเนินการในปีถัดไป
		0	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล ** การดำเนินงานในระบบ PBMS <u>น้อยกว่าร้อยละ 30</u>
	* หมายเหตุ 1. ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือนโครงการวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการศึกษาวิจัย 2. ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน	0	กรณีหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณและเงินบำรุง
	รวมคะแนน (1) + (2)	1.0	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2566)			
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุ เป้าหมายที่กำหนด *		
	<u>การคิดคะแนน (1)</u> $\frac{A}{B} \times 100$ A = จำนวนโครงการที่มีการรายงาน ความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลา ดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ก.พ. – ก.ค. 2565	0.5	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน <u>มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80</u>
		0	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u>
	<u>การคิดคะแนน (2)</u> $\frac{C}{D} \times 100$ C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มี การรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานใน ระบบ PBMS ทั้งหมด * หมายเหตุ - ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน	0.5	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล ** การดำเนินงานในระบบ PBMS <u>มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80</u> ** สรุปผล หมายถึง การสรุปผลโครงการที่ เสร็จสิ้นโดยให้รายงานผลการดำเนินงานที่ระบุ ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและ วัตถุประสงค์โครงการ พร้อมทั้งระบุเหตุผลหาก จำเป็นต้องดำเนินการในปีถัดไป
		0	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล ** การดำเนินงานในระบบ PBMS <u>น้อยกว่า ร้อยละ 80</u>
		0	กรณีหน่วยงานที่ <u>ไม่มีโครงการเงิน งบประมาณและเงินบำรุง</u>
	รวมคะแนน (1) + (2)		1.0

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
	ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.8 คะแนน		
	5. การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่น ในแต่ละแผนปฏิบัติการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 * รายละเอียดการเขียนผลงานเด่น 1. ชื่อประเด็น (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน) 2. ชื่อผลงาน 3. หลักการและเหตุผล 4. กระบวนการทำงาน (ขั้นตอน กิจกรรม) 5. ประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อหน่วยงาน กรมฯ กระทรวงฯ ประเทศ และประชาชน) * แนบรูปภาพ (ไฟล์) .jpeg อย่างน้อย 2 - 4 รูป ต่อประเด็น ** แนบแผนปฏิบัติการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 *** เพื่อให้การนำเสนอผลงานมีความชัดเจน ควรนำเสนอผลงานโดยนำหลักการคิดเชิงระบบและการวิเคราะห์ 5W1H ใช้ประกอบการนำเสนอ	1.0	ผลงานเด่น ครบ ตามแผนปฏิบัติการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) อย่างน้อย 1 ผลงาน ต่อแผนปฏิบัติการเรื่อง (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) รายงานผ่านระบบ E-PA
		0.5	ผลงานเด่น ไม่ครบ ตามแผนปฏิบัติการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติการหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) รายงานผ่านระบบ E-PA
		0	ไม่มีการรายงานผลงานเด่น
	รวมคะแนน	1.0	

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

1. รอบที่ 1: 4 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566) เป้าหมายระดับคะแนนที่ 3 ระบบ E-PA เปิดให้หน่วยงานรายงาน ระหว่างวันที่ 13 – 17 กุมภาพันธ์ 2566

2. รอบที่ 2: 6 เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2566) เป้าหมายระดับคะแนนที่ 5 ระบบ E-PA เปิดให้หน่วยงานรายงาน ระหว่างวันที่ 14 – 18 สิงหาคม 2566

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6345

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางบุญญาดา พานทอง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6340

นายสฤติย์ สมพงษ์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6339

นางกฤติกา อิงศุวรรณกุล

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6351

ตัวชี้วัดที่ 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)

น้ำหนัก : ร้อยละ 11

ตัวชี้วัดที่	กรณีที่ 1 มีครบทุก ตัวชี้วัด	กรณีที่ 2 มีไม่ครบทุก ตัวชี้วัด
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	2	4
4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	4	-
4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5	7

- กรณีที่ 1 : หน่วยงานที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เงินบำรุง
- กรณีที่ 2 : หน่วยงานที่ไม่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

กรณีที่ 1 : หน่วยงานที่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เงินบำรุง ประกอบด้วย

1	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	17	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	18	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
3	โรงพยาบาลราชวิถี	19	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
4	โรงพยาบาลเลิดสิน	20	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
5	โรงพยาบาลสงฆ์	21	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
6	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	22	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ เชียงใหม่
8	สถาบันประสาทวิทยา	24	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ สงขลา
9	สถาบันพยาธิวิทยา	25	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ ขอนแก่น
10	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	26	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ ปัตตานี
11	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติฯ	27	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ แม่ฮ่องสอน
12	สถาบันโรคทรวงอก	28	โรงพยาบาลอภัยภูธรฯ อุดรธานี
13	สถาบันโรคผิวหนัง	29	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ
14	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	30	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
15	โรงพยาบาลประสาทฯ เชียงใหม่	31	โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง
16	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	32	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชฯ ผู้สูงอายุ

กรณีที่ 2 : หน่วยงานที่ไม่มีตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1	สำนักงานเลขาธิการกรม	7	สำนักนิเทศระบบการแพทย์
2	กองบริหารการคลัง	8	กลุ่มตรวจสอบภายใน
3	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	9	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
4	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	10	สำนักนิติการแพทย์
5	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	11	สำนักกฎหมายการแพทย์
6	กองวิชาการแพทย์		

ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

น้ำหนัก : ร้อยละ (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

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 นำผลจากการวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน 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)

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 :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน/โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้งานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้งานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 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/โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ในระดับความสำเร็จที่ 3, 4 และ 5
- ให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 4.2.1 การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน ผ่านระบบ E-PA พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการดำเนินการตามตัวชี้วัด และส่งเอกสารแก้ไขเพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้า องค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้า องค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมิน ความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน/โครงการ รองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากร บุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของ กรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของ หน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)	แผนงาน/ โครงการรองรับ ในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากร บุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการ แพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับ สุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และใน รอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของ หน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)
3	สื่อสารแผนงาน/ โครงการ การสร้างองค์กรแห่ง ความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/ โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความ คืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ e-PA ตาม ระยะเวลาที่กำหนด	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 ตาม ระยะเวลาที่กำหนด	1. แบบฟอร์มรายงานแผนงาน/ โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 2. แผนงาน/โครงการโดดเด่นที่ได้รับ ความเห็นชอบและดำเนินการแล้วเสร็จ 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money)

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและสวัสดิการ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6155

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางจุฬาลักษณ์ สอนดิษฐ์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6155

ตัวชี้วัดที่ 4.2.2 บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

น้ำหนัก : ร้อยละ.....(ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข(HROPS) หมายถึง การดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (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

ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกรายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้กองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน จึงให้หน่วยงานส่งสำเนาคำสั่งฯ ผ่านระบบ Google form ตามแนวทางการประเมินผลดังนี้

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

คำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนน :

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

วิธีการคิดคะแนน	$\frac{((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5))}{\text{จำนวนข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ทั้งหมด}}$
ตัวอย่าง	$\frac{(1 \times 3) + (2 \times 0) + (3 \times 4) + (4 \times 0) + (5 \times 3)}{10} = \frac{3 + 0 + 12 + 0 + 15}{10} = \frac{30}{10} = 3 \text{ คะแนน}$

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศการบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6202

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศิริวรรณ มะเลอ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6186

ตัวชี้วัดที่ 4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกราช ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

น้ำหนัก : ร้อยละ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

แนวทางการประเมินผล

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลข้าราชการในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ในส่วนของข้อมูลวุฒิมหาวิทยาลัย/วุฒิปริญญาเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรม ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ทุกราช โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลตามแนวทางการประเมินผลดังนี้

1. กรณีมีวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์เพิ่มเติม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์เพิ่มเติม
2. กรณีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรม เรียบร้อยแล้ว

คำอธิบายเกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการ ประเมินผล
1	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกภายใน 7 วันทำการ	- สำเนาใบประเมินผลการเรียน (ทรานสคริป) - สำเนาใบรับรองวุฒิ/สำเนาใบปริญญาบัตร - สำเนาวุฒิปัตร์แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ/สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาลที่ต่ออายุ หมายเหตุ : ลงลายมือชื่อและวันที่กำกับในเอกสารหลักฐานต่างๆ ก่อนส่งให้ฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลนั้นๆ
2	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกภายใน 6 วันทำการ	
3	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกภายใน 5 วันทำการ	
4	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกภายใน 4 วันทำการ	
5	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกภายใน 3 วันทำการ	

หมายเหตุ :

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

จำนวนข้อมูลที่ปรับปรุงสำเร็จภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5)

หมายถึง ข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขภายในระยะเวลาแต่ละระดับ

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

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : กลุ่มงานบรรจุแต่งตั้งและทะเบียนประวัติ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6152

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : หัวหน้ากลุ่มงานบรรจุแต่งตั้งและทะเบียนประวัติ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6152

ตัวชี้วัดที่ 4.3 Digital Transformation

น้ำหนัก : ร้อยละ 8

คำอธิบาย กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์ความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยและการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (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 ประกอบด้วย

1	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	17	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
2	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	18	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
3	โรงพยาบาลราชวิถี	19	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
4	โรงพยาบาลเลิดสิน	20	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
5	โรงพยาบาลสงฆ์	21	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
6	สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	22	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดเชียงใหม่
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดสงขลา
8	สถาบันประสาทวิทยา	24	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดขอนแก่น
9	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	25	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดปัตตานี
10	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดฯ	26	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดแม่ฮ่องสอน
11	สถาบันโรคทรวงอก	27	โรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดอุดรธานี
12	สถาบันโรคผิวหนัง	28	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรฯ
13	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	29	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
14	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	30	โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
15	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี		
16	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี		

กรณีที่ 2 หน่วยงานสนับสนุน ประกอบด้วย

1	สำนักงานเลขาธิการกรม	8	กลุ่มตรวจสอบภายใน
2	กองบริหารการคลัง	9	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
3	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	10	สำนักดิจิทัลการแพทย์
4	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	11	กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม
5	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	12	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้า ผู้สูงอายุ
6	กองวิชาการแพทย์	13	สถาบันพยาธิวิทยา
7	สำนักนิเทศระบบการแพทย์		

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ

คำนิยาม :

- 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. Tele-OPD คือ คลินิกที่ใช้เทคโนโลยีในการให้บริการตรวจรักษาผ่านระบบ Telemedicine หรือ DMS Telemedicine ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (ตามแนวทางในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการทางการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564)
- 3. ระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคลรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Personal Health Record: PHR) ผู้ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จะมีข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลที่สามารถเข้าถึงและบริหารจัดการข้อมูลได้ด้วยตนเอง (Self-care) ผ่าน 2 ช่องทาง คือ mobile application และ web application

เกณฑ์การประเมินผล :

ประเด็น	รายละเอียด	หลักฐาน
1	การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์	แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์
2	การดำเนินการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ตามแนวทางของกรมการแพทย์)	การประเมินตามแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของกรมการแพทย์
3	การจัดเก็บข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลที่เป็นซอฟต์แวร์ของหน่วยงาน (โปรแกรมสำเร็จรูป และงานพัฒนาระบบประเภทโปรแกรมประยุกต์)	แบบรายการข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัล ประเภทซอฟต์แวร์
4	ร้อยละของการให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine อย่างน้อย 15% ของการให้บริการรักษาทั้งหมด (Visit) ของหน่วยบริการ	รายงานการให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine ของหน่วยบริการ (รายงานรอบ 6 เดือนและ 12 เดือน)
5	5.1 มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR mobile application และ PHR web application ต่อผู้มารับบริการ 5.2 ดำเนินการส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายัง DMS Big Data แบบ Real Time	5.1 หลักฐานการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR mobile application และ PHR web application 5.2 ตรวจสอบจากระบบส่งข้อมูล 43 แฟ้ม

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

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

กรณีที่ 2 : หน่วยงานสนับสนุน

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)

เกณฑ์การประเมินผล :

ประเด็น	รายละเอียด	หลักฐาน
1	การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์	แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์
2	การดำเนินการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ตามแนวทางของกรมการแพทย์)	การประเมินตามแนวทาง การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ของกรมการแพทย์
3	การจัดเก็บข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลที่เป็นซอฟต์แวร์ของหน่วยงาน (โปรแกรมสำเร็จรูป และงานพัฒนาระบบประเภทโปรแกรมประยุกต์)	แบบรายการข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลประเภทซอฟต์แวร์
4	การดำเนินงานตามแนวทางการดูแลและบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ของกรมการแพทย์	รายงานการดำเนินงานการดูแลและบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน (ระดับ 1B และ 1C)
5	การนำเสนอรายงานสารสนเทศของหน่วยงาน โดยเชื่อมโยงกับระบบ EMIS ของกรมการแพทย์ อย่างน้อย 2 เรื่อง	ตรวจสอบจากระบบ EMIS ของกรมการแพทย์

หมายเหตุ สถาบันพยาธิวิทยา ใช้เกณฑ์การประเมินผลกรณีที่ 2

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

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

แนวทางการประเมินผล :

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

ที่ปรึกษาตัวชี้วัด : นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักกิติจิตัลการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักกิติจิตัลการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6315

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายทัตพร บรรหารศุภวาท

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6309

นายสรายุทธ ภูตาสืบ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6310



กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์ : 0 2590 6135-9
โทรสาร : 0 2591 8234
LNE : @psd.dms
<https://psd.dms-moph.com>

