



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

# คู่มือการประเมินผล



การปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562



**คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์  
ธันวาคม 2561

## คำนำ

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

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 นี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยมติคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ได้จัดทำกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่สอดคล้องกับมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ (มาตรา 44) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี Performance Agreement (PA) ของปลัดกระทรวง Performance Agreement (PA) ของอธิบดีกรมการแพทย์ ยุทธศาสตร์และพันธกิจของกรมการแพทย์ และได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมผู้บริหารกรมการแพทย์ครั้งที่ 11/2561 จึงได้ดำเนินการสื่อสารให้กับหน่วยงานในสังกัด โดยการจัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงาน และดำเนินการตามตัวชี้วัดเพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและกรมการแพทย์ต่อไป

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์  
ธันวาคม 2561

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	5
ขั้นตอนและวิธีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ	7
ปฏิทินการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานระดับโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง	8
กรอบการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	9
<b>มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล</b>	
1.1 ทิศทางงานวิชาการเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	11
1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	19
1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	20
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	25
1.5 PA อธิบัติ / ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข / ภารกิจหลักของกรม	
1.5.1 ระดับความสำเร็จในการรายงานผลตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)	36
1.5.2 ระดับความสำเร็จในการรายงานผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	66
1.5.3 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (ของหน่วยงาน)	73
<b>มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ</b>	
2.1 DMS smart services	75
2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน	77
2.3 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ	78
2.4 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	80
<b>มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ</b>	
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	86
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ	87
3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	88



## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
<b>มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ (ต่อ)</b>	(ต่อ)
3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำเนิดผู้กักกันรายจ่ายลงทุน	90
3.5 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน	91
3.6 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงานตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	93
3.7 ระดับความสำเร็จของการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน	99
3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	101
3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำ	102
3.10 ระดับความสำเร็จของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน	103
<b>มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร</b>	
4.1 Digital DMS	105
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล	
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ	106
4.2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)	107
4.3 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	108
<b>ภาคผนวก</b>	
แบบฟอร์มประกอบตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	111
แบบฟอร์มประกอบตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ	112
แบบสอบถามประกอบตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ	113
แบบฟอร์มประกอบตัวชี้วัดที่ 4.3 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์	116

**กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์**

\*\*\*\*\*

## 1. หลักการ/ที่มา

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

“การบริหารราชการตามพระราชบัญญัตินี้ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ การลดขั้นตอน การปฏิบัติงาน การลดภารกิจ และยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจตัดสินใจ การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน ทั้งนี้โดยมีผู้รับผิดชอบต่อผลของงานการจัดสรรงบประมาณ และการบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้าดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ต้องคำนึงถึงหลักการตามวรรคหนึ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีโดยเฉพะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน การเปิดเผยข้อมูลการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ตามความเหมาะสมของแต่ละภารกิจเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรานี้ จะตราพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการปฏิบัติราชการและการสั่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติก็ได้”

- **พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546**

มาตรา 6 การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

มาตรา 9(3) ส่วนราชการต้องจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติราชการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานที่ ก.พ.ร. กำหนด

มาตรา 12 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ก.พ.ร. อาจเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดการกำกับการปฏิบัติราชการ โดยวิธีการจัดทำความตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร หรือโดยวิธีการอื่นใด เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ

- **ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560-2579) ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ประเด็นที่ 4**

ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยใน ส่วนกลาง เน้นการพัฒนานโยบาย 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 จัดทำการประเมินผลตนเองตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ กำหนด

## 2. กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ดำเนินการจัดทำคำรับรองและประเมินผลการปฏิบัติราชการภายใต้กรอบการประเมินผล 4 มิติ ดังนี้

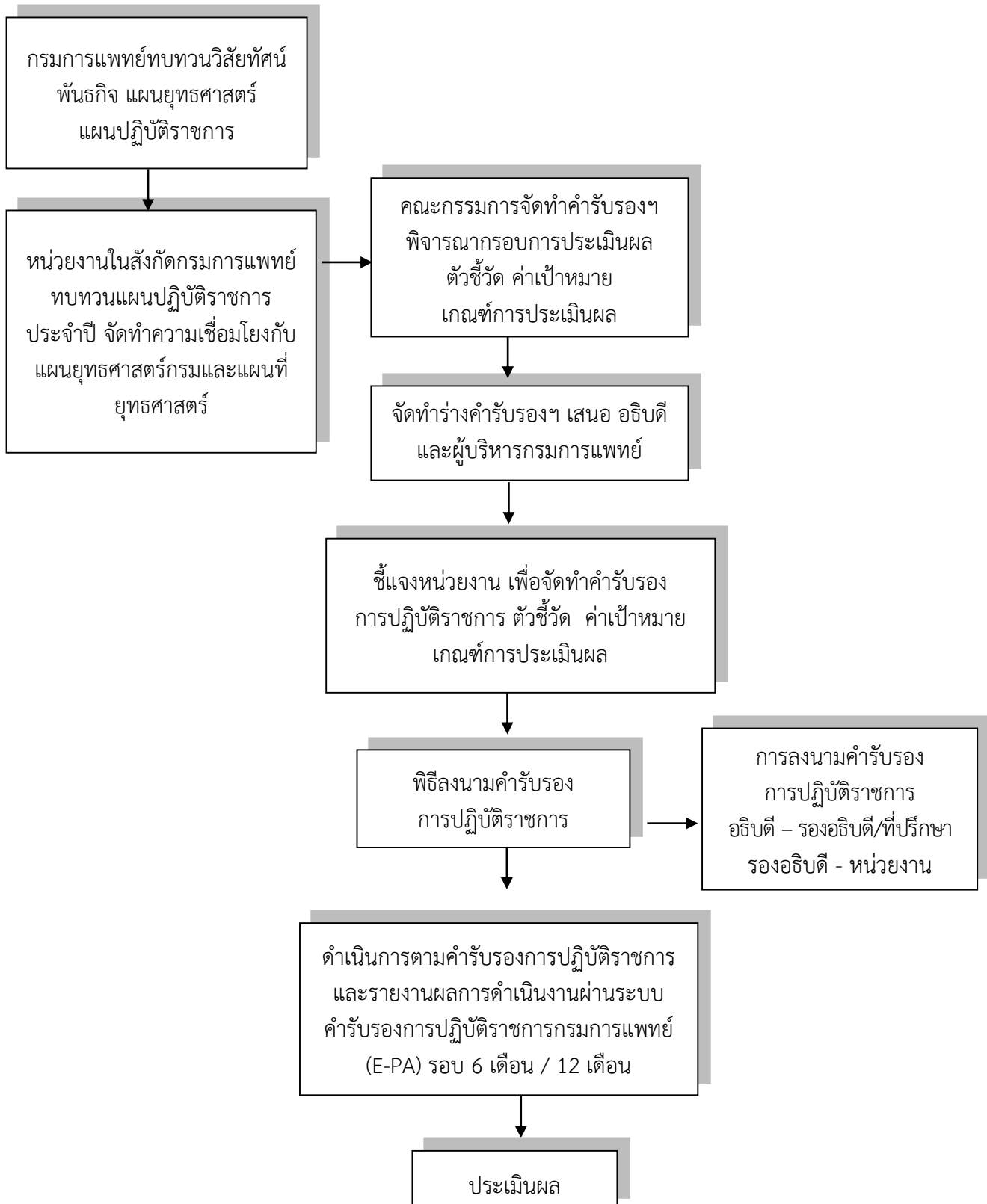
<p><b>มิติที่ 1: ด้านประสิทธิผล</b> แสดงผลงานที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนปฏิบัติราชการตามที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน</p>	<p><b>มิติที่ 2: ด้านคุณภาพการให้บริการ</b> แสดงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ</p>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

องค์ประกอบของคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ระดับโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง ประกอบด้วย

- **การเจรจาข้อตกลงและประเมินผล**
  - กรมการแพทย์ ได้มีคำสั่งที่ 725/2560 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2560 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี ของทั้งระดับกระทรวง กลุ่มภารกิจ ระดับกรมและหน่วยงาน และรายงานผลการพิจารณาให้ที่ประชุมกรมการแพทย์พิจารณาต่อไป
- **วิธีติดตามประเมินผล**
  - ศึกษาจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานอ้างอิงของหน่วยงาน 3 ประเด็น
    - การส่งรายงานตรงเวลา
    - ความครบถ้วนของรายงาน
    - การตรวจสอบจากหลักฐานอ้างอิง
  - จากการติดตาม สังเกต ของคณะกรรมการคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ และความเห็นจากหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักของแต่ละตัวชี้วัด
- **เอกสารประกอบคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย**
  - คู่มือลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
  - คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง อธิบดีกรมการแพทย์ กับ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ตามคำสั่งกรมการแพทย์ เรื่องมอบหมายอำนาจและหน้าที่ให้ข้าราชการปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมการแพทย์ และกับที่ปรึกษากรมการแพทย์ ตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่มอบหมายให้ปฏิบัติ
  - คำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่าง รองอธิบดีกรมการแพทย์ กับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/กอง ตามคำสั่งกรมการแพทย์
  - ระยะเวลาของคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คือ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562
  - แผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map)
  - รายละเอียดข้อตกลงในคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ผลงานในอดีต เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน



## ขั้นตอนและวิธีการในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ



ปฏิทินการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน  
ระดับโรงพยาบาล / สถาบัน / สำนัก / กอง

วันที่	กิจกรรมการดำเนินงาน
26 กันยายน 2561 และ 6 พฤศจิกายน 2561	ประชุมคณะกรรมการคณะกรรมการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ เพื่อพิจารณากรอบ และหลักเกณฑ์ คำรับรองการ ปฏิบัติราชการระดับกรม และระดับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
23 พฤศจิกายน 2561	- เสนอรอบการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี 2562 ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ต่อที่ประชุมกรมการแพทย์
26 พฤศจิกายน 2561	- พิจารณาคำรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงานในสังกัด กรมการแพทย์
ธันวาคม 2561	- ชี้แจงแนวทางการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน และการใช้งานระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ (E-PA) ประจำปีงบประมาณ 2562
	- หน่วยงานจัดทำรายละเอียด ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย - ตรวจสอบความเหมาะสม ค่าเป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน
18 – 22 มีนาคม 2562	รายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 6 เดือน ผ่านระบบระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ (E-PA)
25 – 29 มีนาคม 2562	เจ้าภาพตัวชี้วัดตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยงาน (รอบ 6 เดือน)
16 – 20 กันยายน 2562	รายงานผลการประเมินตนเอง รอบ 12 เดือน ผ่านระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ (E-PA)
23 – 27 กันยายน 2562	เจ้าภาพตัวชี้วัดตรวจสอบผลการดำเนินงานของหน่วยงาน (รอบ 12 เดือน)

<b>กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562</b>	
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)
<b>มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 70)</b>	
1.1 ทิศทางงานวิชาการเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	20
1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	10
1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	10
1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	10
1.5 PA อธิบติ / ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข / ภารกิจหลักของกรม 1.5.1 ระดับความสำเร็จในการรายงานผลตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) 1.5.2 ระดับความสำเร็จในการรายงานผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 1.5.3 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (ของหน่วยงาน)	20
<p><b>หมายเหตุ :</b> สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง มิติที่ 1 ประสิทธิภาพ (ร้อยละ 72) ให้กำหนดตัวชี้วัดจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (ร้อยละ 32) ตัวชี้วัดบังคับเพื่อการสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานส่วนกลางในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีประเด็นสำคัญคือการปรับปรุงองค์กรตามแผนปฏิรูปองค์กร / ระบบราชการ 4.0 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ*</li> <li>• (ร้อยละ 40) แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ / ภารกิจหลัก ของแต่ละหน่วยงาน</li> </ul>	
<b>มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 10)</b>	
2.1 DMS smart services	4
2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน	2
2.3 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ	2
2.4 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	2



<b>กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562</b>	
ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)
<b>มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 15)</b>	
3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	10
3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ	
3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	
3.4 ระดับความสำเร็จของการก่องหน้ผู้กพันรายจ่ายลงทุน	
3.5 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน	
3.6 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	
3.7 ระดับความสำเร็จของการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน	
3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	
3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำ	2
3.10 ระดับความสำเร็จของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน	3
<b>มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 5)</b>	
4.1 Digital DMS	2
4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล	2
4.2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ	1
4.2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)	1
4.3 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	1
<b>รวม</b>	<b>100</b>

## มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล

### ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

น้ำหนัก : ร้อยละ 20

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ จึงจะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ ประกอบกับรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบาย Thailand 4.0 และกรมการแพทย์ได้จัดทำและปรับแผนยุทธศาสตร์วิชาการกรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มียุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) การพัฒนาสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มศักยภาพด้านบริการและวิชาการให้ได้นั้น มีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา ที่สำคัญ คือ หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจนวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพสามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1. การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ                       | (น้ำหนัก : ร้อยละ 20) |
| 2. ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 15) |
| 3. การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์            | (น้ำหนัก : ร้อยละ 25) |
| 4. ผลงานวิจัย (วช.) ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์                | (น้ำหนัก : ร้อยละ 10) |
| 5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ                            | (น้ำหนัก : ร้อยละ 10) |
| 6. ผลกระทบของงานวิชาการที่มีคุณภาพ                             | (น้ำหนัก : ร้อยละ 20) |

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2562 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางงานวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางงานวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

## คำอธิบาย:

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

**ทิศทางงานวิชาการ** (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็นรูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

**แผนงานวิชาการ** หมายถึง แผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่หน่วยงานรับผิดชอบ นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการวิชาการในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า และมีการติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางงานวิชาการของหน่วยงาน แล้วนำมากำหนดศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนางานวิชาการ เช่น โครงการวิจัยเดี่ยว หรือชุดโครงการวิจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสนับสนุนซึ่งกันและกันและมีลักษณะบูรณาการ เป็นการวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาการ รวมทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงการพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) โดยงานวิชาการทั้งหมดเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะนำผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างชัดเจนตามแผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้น

### ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

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

### สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจตามยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 ของกรมการแพทย์ : การแพทย์ของประเทศไทยมีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล (Medical Service Excellence)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ
4. แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564  
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์



**องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)**

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

**คำอธิบาย:**

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

**ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ** หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

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

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

**ระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ** หมายถึง หน่วยงานมีคณะกรรมการจริยธรรมในคน หรือคณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนอองานวิชาการของหน่วยงาน และหากหน่วยงานใดไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของหน่วยงาน แต่มีระบบหรือมาตรการในการจัดการคุณภาพงานวิชาการก่อนการดำเนินการ

**ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 2)**

1. สามารถวิเคราะห์และติดตามงานวิชาการด้านคุณภาพ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด ผลผลิตและงบประมาณเป็นระยะตามระบบที่กำหนด
2. ผลงานวิชาการผ่านคณะกรรมการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ เพื่อเสนอของบประมาณผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งมีนัยว่าหน่วยงานมีการผลิตงานวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์
3. สนับสนุนการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

**สอดคล้องกับ**

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 : การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ
4. แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564  
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

**องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)**

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

**หมายเหตุ :** ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนื่องที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

**คำอธิบาย:**

**ผลงานวิชาการ** หมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัย นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่างๆ

**การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย** หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่มหรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

**การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ** หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัยการดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทยโดยมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

**การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์** หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรคสารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิกเวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้นรวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

### ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนานำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ/หรือหน่วยงานอื่นและ/หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์

#### สอดคล้องกับ

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

### องค์ประกอบที่ 4 ผลงานวิจัย (วช.)ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2561)
2	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2562 นับโครงการต่อเนื่องได้)
3	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2563)
4	โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก (วช.) และได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมการแพทย์หรือจากแหล่งทุนอื่น
5	โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก (วช.) และได้รับงบประมาณสนับสนุน ดำเนินการ ได้ผลงานตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในโครงการ/โครงการวิจัย และรายงานการวิจัยอย่าง ถูกต้อง สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมกับกลุ่มเป้าหมาย (นับทุกเรื่อง)

### องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนนการเผยแพร่ผลงานวิจัย
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ/หรือ <u>ตีพิมพ์ ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr 1)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา)

#### คำอธิบาย:

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

**สอดคล้องกับ**

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

**องค์ประกอบที่ 6 ผลกระทบของงานวิชาการที่มีคุณภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)**

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

**หมายเหตุ :** ผลงานวิชาการที่นำมาวิเคราะห์สามารถใช้ผลงานย้อนหลัง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2559 – 2561)

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

## การคำนวณ

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

หน่วยงาน ก มีคณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงาน ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 1 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ =  $3 \times 0.2 = 0.6$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

หน่วยงาน ก มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ มีกลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน และมีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตาม

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 2 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ =  $4 \times 0.15 = 0.6$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการที่นำไปใช้ประโยชน์ และนำเสนอผู้บริหาร และผลงานวิชาการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชนนโยบาย หรือเชิงสาธารณสุข หรือเชิงพาณิชย์ อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 3 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ =  $3 \times 0.25 = 0.75$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 ผลงานวิจัย (วช.) ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

หน่วยงาน ก มีโครงการวิจัยของงบประมาณ วช. ของปี 2561 ปี 2562 และปี 2563 อย่างน้อยปีละ 1 โครงการ และโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก วช. ได้รับงบประมาณสนับสนุน

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 4 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ =  $4 \times 0.10 = 0.4$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานและหน่วยงานอื่น มีผลงานนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ และได้ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ อย่างน้อย 1 โครงการ

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 5 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 4

เทียบระดับความสำเร็จ =  $4 \times 0.10 = 0.4$  คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 ผลกระทบของงานวิชาการที่มีคุณภาพ (น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

หน่วยงาน ก มีผลงานวิชาการที่มีผลกระทบต่อหน่วยงานตนเอง และหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกสังกัดกรมการแพทย์

ดังนั้นองค์ประกอบที่ 6 ได้ระดับคะแนน เท่ากับ 3

เทียบระดับความสำเร็จ =  $3 \times 0.2 = 0.6$  คะแนน



**สรุปผลรวมของคะแนนของหน่วยงาน ก.**

**ตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางการวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์**

(น้ำหนัก : ร้อยละ 20) คำนวณจาก

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

กรณีตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{ผลรวมคะแนนทั้ง 6 องค์ประกอบ} &= 0.6 + 0.6 + 0.75 + 0.4 + 0.4 + 0.6 \\ &= 3.35 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

นำผลรวมของคะแนนที่ได้เทียบตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ (ดังตาราง) เป็นระดับความสำเร็จ

สรุปตัวชี้วัดที่ 1.1 ทิศทางการวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ของหน่วยงาน ก ผลรวมของคะแนนทั้ง 6 องค์ประกอบได้เท่ากับ 3.35 คะแนน เทียบความสำเร็จได้ระดับที่ 4

**ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ**

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

**หมายเหตุ :**

- การปิดทศนิยมตามหลักเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์
- อาจมีการปรับน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบในปีต่อไปเพื่อความเหมาะสมในการพัฒนาความก้าวหน้า และผลกระทบงานวิจัยของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล :** สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

**ผู้กำกับตัวชี้วัด :** ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์      **เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6270

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :** นางสาววรรณอร อรุณรัตน์โชติ      **เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6384

## ตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

น้ำหนัก: ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

**การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์** หมายถึง การศึกษาเชิงนโยบายโดยพิจารณาองค์ประกอบด้านต่างๆ อาทิ ความปลอดภัย (safety) สมฤทธิผล (efficacy) ประสิทธิผล (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) นัยทางจริยธรรมและกฎหมาย (ethical and legal implication) ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ต่างๆ

**การดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์** หมายถึง หน่วยงานได้มีการกำหนดประเด็น/หัวข้อเรื่องในการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงนโยบายประกอบการตัดสินใจ ผู้กำหนดนโยบาย / ผู้บริหารทั้งในระดับหน่วยงาน / กรม / ประเทศเพื่อให้เกิดการเลือกใช้จัดหาเทคโนโลยีทางการแพทย์และจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและคุ้มค่าทั้งยังช่วยในการตอบคำถามที่เกี่ยวกับการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ

**การเผยแพร่อย่างเหมาะสม** หมายถึง การนำองค์ความรู้จากการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์นำเสนอในที่ประชุมวิชาการหรือเผยแพร่ทางเอกสารเว็บไซต์หรือตีพิมพ์ในวารสารระดับสถาบันหรือกลุ่มวิชาชีพเฉพาะระดับชาติหรือนานาชาติ

โดยที่ :

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

แนวทางการประเมินผล

- รายการผลงานการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดำเนินการเสร็จสิ้น
- รายงานผลการดำเนินการรอบ 6, 12 เดือน

หมายเหตุ

หน่วยงานส่งชื่อประเด็น TA พร้อมคำอธิบาย ให้ ก.พ.ร. ภายในวันที่ 15 มกราคม 2562

ที่ E-mail : ta.psd0322@gmail.com เท่านั้น

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6270

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางอรุณี ไทยะกุล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6394

### ตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบาย :

การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ หมายถึงโรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์ กรมการแพทย์ ที่ดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence) ให้มีความครอบคลุม 7 องค์ประกอบ คือ

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

การพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ เน้นพัฒนาทั้ง 15 ด้านคือ ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านจักษุวิทยา ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูกด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านทันตกรรม ด้านระบบประสาท ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและด้านโรคเด็ก สำหรับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่นๆ มีความสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาด้วยเช่นกันเพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์ระดับชาติ(National Institutes) ในโอกาสต่อไป

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (ร้อยละ)	ระดับความสำเร็จ
ร้อยละ 60	1
ร้อยละ 60.1-70	2
ร้อยละ 70.1-80	3
ร้อยละ 80.1-90	4
>ร้อยละ 90	5

#### เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

การวัดผลการดำเนินงานจากการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านบริการ (น้ำหนักร้อยละ 60)
2. ด้านวิชาการ (น้ำหนักร้อยละ 40)

### องค์ประกอบที่ 1 ด้านบริการให้แต่ละศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ดำเนินการ

1. คัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ (ตัวชี้วัดเชิง Process, Outcome และ Patient Safety) อย่างน้อย 4 ตัวชี้วัดตามแบบฟอร์ม (แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน (สามารถ Download แบบฟอร์ม ได้ตาม QR Code ที่แนบท้าย)) ส่งสำนักวิชาการแพทย์ที่ coe.dms0325@gmail.com ภายในวันที่ 31 มกราคม 2562
2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน
3. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลหรือในระดับประเทศ
4. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน

### เกณฑ์การให้คะแนนด้านบริการ:

ระดับคะแนน	พจนานุกรม	คะแนน
1	ตัวชี้วัดมากกว่าร้อยละ 25 ของตัวชี้วัดทั้งหมดต่ำกว่าเป้าหมาย (มาตรฐาน)	6
2	ตัวชี้วัดไม่เกินร้อยละ 25 ของตัวชี้วัดทั้งหมดต่ำกว่าเป้าหมาย (มาตรฐาน)	7
3	ตัวชี้วัดไม่ถึงร้อยละ 50 ของตัวชี้วัดทั้งหมดดีกว่าเป้าหมาย (มาตรฐาน) แต่ไม่มีตัวใดต่ำกว่าเป้าหมาย	8
4	ตัวชี้วัดร้อยละ 50 ขึ้นไปแต่ไม่ถึงร้อยละ 75 ของตัวชี้วัดทั้งหมดดีกว่าเป้าหมาย (มาตรฐาน) และไม่มีตัวใดต่ำกว่าเป้าหมาย	9
5	ร้อยละ 75 ขึ้นไปของตัวชี้วัดทั้งหมดดีกว่าเป้าหมาย (มาตรฐาน) และไม่มีตัวใดต่ำกว่าเป้าหมาย	10

### องค์ประกอบที่ 2 ด้านวิชาการ

โดย การให้นำหนักด้านวิชาการ:

Components	สำหรับโรงพยาบาล/สถาบัน ในส่วนกลาง	สำหรับโรงพยาบาล ส่วนภูมิภาค
	ร้อยละ	ร้อยละ
Teaching component	30	30
Research component	30	30
Citation component	32.5	32.5
International outlook	5	-
Industry income	2.5	7.5

คำอธิบายเพิ่มเติม: ด้านวิชาการ

Teaching component	
สำหรับโรงพยาบาล/สถาบันในส่วนกลาง	
ประเด็น 1	เป็นผู้บรรยายในการประชุมวิชาการระดับประเทศประจำปี
ประเด็น 2	เป็นผู้บรรยายในการประชุมวิชาการนานาชาติประจำปี
ประเด็น 3	ได้รับรางวัลจากการประกวดผลงานของแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ประจำบ้านต่อยอดโดยหน่วยงานภายนอกหรือมีแพทย์ประจำบ้านสมัครเข้าอบรมไม่น้อยกว่าโควตาที่ได้รับ หรือแพทย์ประจำบ้านที่เข้าสอบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร สามารถสอบผ่านได้ทั้งหมด
ประเด็น 4	มีผลงานวิชาการของหน่วยงานผ่านเข้ารอบในการส่งเข้าประกวดในระดับนานาชาติ

สำหรับโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค	
ประเด็น 1	เป็นผู้บรรยายในการประชุมวิชาการในพื้นที่
ประเด็น 2	เป็นผู้บรรยายในการประชุมวิชาการระดับประเทศประจำปี
ประเด็น 3	เป็นสถาบันร่วมในหลักสูตรการฝึกอบรมตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
ประเด็น 4	เป็นสถาบันสมทบฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
<p><b>หมายเหตุ :</b> Teaching component การคิดคะแนนประเด็นละ 10 คะแนน (สูงสุด 40 คะแนน) ในแต่ละประเด็น ไม่จำเป็นต้องเป็นผลงานที่เกิดจากบุคลากรของหน่วยงานคนเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกัน แต่ต้องอยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง</p> <p>หน่วยงานในส่วนกลางที่ประเมินในประเด็นที่ 2 จะถือว่าได้คะแนนในประเด็นที่ 1 ด้วย</p> <p>หน่วยงานในส่วนกลางที่ไม่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สามารถรับเป็นสถาบันสมทบเพื่อได้รับการประเมินในประเด็นที่ 3</p> <p>หน่วยงานส่วนภูมิภาคที่ประเมินในประเด็นที่ 2 จะถือว่าได้คะแนนในประเด็นที่ 1 ด้วย</p> <p>โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงในแต่ละประเด็น</p>	

Research component (รวมถึงผลงาน 2 ปีที่ผ่านมา)	
10	มีการผลิตผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ประจำปี
20	มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ประจำปี
30	มีการตีพิมพ์ผลงานในวารสาร TCI 1 เป็นต้นไป หรือ International Journal
40	มีการนำผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ไปใช้จนเกิด National Impact หรือ National Policy
<p><b>หมายเหตุ :</b> National impact หรือ National Policy ที่ไม่ผ่านกระบวนการทำวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะไม่ถูกประเมินใน Research component แต่อาจได้รับการประเมินใน Industry income แทน สามารถประเมินผลงานเฉพาะเรื่องที่ได้คะแนนสูงสุด</p>	



Citation component (รวมถึงผลงาน 2 ปีที่ผ่านมา)	
10	ผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์
20	ผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ตีพิมพ์ในวารสารที่มี TCI
30	ผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ตีพิมพ์ในวารสารที่มี Journal Quartile Score Q3-4
40	ผลงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ตีพิมพ์ในวารสารที่มี Journal Quartile Score Q1-2
<b>หมายเหตุ :</b> สามารถประเมินผลงานเฉพาะเรื่องที่ได้คะแนนสูงสุด	

International outlook (วัดเฉพาะโรงพยาบาล/สถาบันในส่วนกลาง)	
ประเด็น 1	มี International specialist workshop/lecture ที่หน่วยงานเป็นเจ้าภาพ
ประเด็น 2	มีการจัดประชุมวิชาการนานาชาติประจำปี
ประเด็น 3	มี International Training Program หรือ International Student
ประเด็น 4	มี International Training Program ที่เป็นหลักสูตร Collaboration
<b>หมายเหตุ :</b> International outlook การคิดคะแนนประเด็นละ 10 คะแนน (สูงสุด 40 คะแนน) ในแต่ละประเด็น ไม่จำเป็นต้องเป็นผลงานเรื่องเดียวกัน แต่ต้องอยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง หน่วยงานที่ประเมินในประเด็นที่ 2 จะถือว่าได้คะแนนในประเด็นที่ 1 ด้วย หน่วยงานที่ประเมินในประเด็นที่ 4 จะถือว่าได้คะแนนในประเด็นที่ 3 ด้วย โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงในแต่ละประเด็น	

Industry income (รวมถึงผลงาน 1 ปีที่ผ่านมา)	
ประเด็น 1	มีการผลิตผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ <sup>1</sup> ประจำปี
ประเด็น 2	มีการนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้จนเกิด Inter-hospital Impact <sup>2</sup>
ประเด็น 3	มีการนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้จนเกิด Regional or National Impact <sup>2</sup>
ประเด็น 4	ผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์อยู่ในกระบวนการยื่นขอจดสิทธิบัตร <sup>3</sup> /อนุสิทธิบัตร <sup>4</sup>
<b>หมายเหตุ :</b> Industry income การคิดคะแนนประเด็นละ 10 คะแนน (สูงสุด 40 คะแนน) ในแต่ละประเด็น ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเดียวกัน แต่ต้องอยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงาน รับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง หน่วยงานที่ประเมินในประเด็นที่ 2 จะถือว่าได้คะแนนในประเด็นที่ 1 ด้วย หน่วยงานที่ประเมินในประเด็นที่ 3 จะถือว่าได้คะแนนในประเด็นที่ 1 และ 2 ด้วย โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงในแต่ละประเด็น	

## เกณฑ์การให้คะแนนด้านวิชาการ :

ระดับคะแนน	พจนานุกรม	คะแนน
1	คะแนนรวมของทุก Components ไม่เกินร้อยละ 35	6
2	คะแนนรวมของทุก Components มากกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกินร้อยละ 50	7
3	คะแนนรวมของทุก Components มากกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกินร้อยละ 65	8
4	คะแนนรวมของทุก Components มากกว่าร้อยละ 65 แต่ไม่เกินร้อยละ 80	9
5	คะแนนรวมของทุก Components มากกว่าร้อยละ 80	10

### คำนิยามเพิ่มเติม :

<sup>1</sup> นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ต่อมนุษย์ในด้านการแพทย์ เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เป็นต้น

<sup>2</sup> Impact หมายถึง เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้แล้วได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ได้แก่การลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ลดขั้นตอนและกระบวนการ เป็นต้น

<sup>3</sup> สิทธิบัตร หมายถึง หนังสือสำคัญที่รัฐออกให้เพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์ (Invention) หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ (Product Design) ที่มีลักษณะตามที่กฎหมายกำหนดเป็นสิทธิพิเศษที่ให้ผู้ประดิษฐ์คิดค้นหรือผู้ออกแบบผลิตภัณฑ์ มีสิทธิที่จะผลิตสินค้า จำหน่ายสินค้าแต่เพียงผู้เดียว ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การประดิษฐ์ (Invention) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับลักษณะองค์ประกอบ โครงสร้างหรือกลไกของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งกรรมวิธีในการผลิตการรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น หรือทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ขึ้นใหม่ ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น กลไกของเครื่องยนต์ , ยารักษาโรค, วิธีการในการเก็บรักษาพืชผักผลไม้ไม่ให้เน่าเสียเร็วเกินไป เป็นต้น

<sup>4</sup> อนุสิทธิบัตร หมายถึง หนังสือสำคัญที่รัฐออกให้เพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์จะมีลักษณะคล้ายกันกับการประดิษฐ์ แต่เป็นความคิดสร้างสรรค์ที่มีระดับการพัฒนาเทคโนโลยีไม่สูงมาก หรือเป็นการประดิษฐ์คิดค้นเพียงเล็กน้อย และมีประโยชน์ใช้สอยมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Journal Quartile Score ที่ [www.scimagojr.com](http://www.scimagojr.com)
2. TCI ที่ [http://www.kmutt.ac.th/jif/public\\_html/](http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/)
3. เกณฑ์ด้านวิชาการ Times Higher Education World University Ranking, the final methodology, released on 16 September 2010

หมายเหตุ : มีไฟล์ตาราง Excel สูตรการคำนวณคะแนน (ดาวน์โหลดได้ที่ website สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ <http://bmta.dms.moph.go.th>)

### แนวทางการประเมินผล :

- ระยะเวลา/ความถี่รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการ ทุก 6 เดือนส่งสำนักวิชาการแพทย์
- ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์ สังกัดกรมการแพทย์



QR Code แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักวิชาการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6283

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางอำไพพร ยงวัฒนา เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6282

นางสาววิชยาภา เอี่ยมสว่าง เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6274

## ตัวชี้วัดที่ 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

น้ำหนัก : ร้อยละ 10

คำอธิบายตัวชี้วัด :

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการ มีบทบาทภารกิจในการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วน มีบทบาทสนับสนุนให้หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ขับเคลื่อนงานบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิทุติยภูมิตติยภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ในการดำเนินการที่ผ่านมาถือว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชน แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประประสิทธิผลยิ่งขึ้น

### คำนิยาม

**เขตสุขภาพ** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการทำงานมุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพ ครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

**ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ** หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์ สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ เป็นต้น

**เกณฑ์การให้คะแนน** : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ
1	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ/พื้นที่รับผิดชอบ
2	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความต้องการสนับสนุน (Health Need) ในเขตสุขภาพ/พื้นที่รับผิดชอบ โดยสอดคล้องกับ 6 building block
3	มีการจัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาความต้องการของเขตสุขภาพ/พื้นที่รับผิดชอบ
4	มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดในเขตสุขภาพ/พื้นที่รับผิดชอบ
5	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์

แนวทางการประเมินผล :

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

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักนิเทศระบบการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 02-590-6330

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางจุฬารักษ์ สิงกลางพล

เบอร์ติดต่อ : 02-590-6329

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลสุขภาพ ด้านอาชีวเวชศาสตร์ ในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านอาชีวเวชศาสตร์ และ จัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพ ที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้ สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 5	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 5โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 5	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 5	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลราชวิถี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 9	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 9โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 9	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 9	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลสุขภาพ ด้านภาวะการเกิด กระจกหักซ้ำใน ผู้สูงอายุในภาพรวม ของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านภาวะการเกิด กระจกหักซ้ำในผู้สูงอายุ และ จัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพ ที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้ สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์



รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลสงฆ์	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลสุขภาพด้านพระสงฆ์ในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพด้านพระสงฆ์ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูล ด้าน Intermediate Care (การดูแลระยะกลาง) ในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้าน Intermediate Care (การดูแลระยะกลาง) และจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์
สถาบันทันตกรรม	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูล ด้านทันตกรรม ผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุและจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์
สถาบันประสาทวิทยา	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านโรคหลอดเลือดสมอง และจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน (Health Need) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
สถาบันพยาธิวิทยา	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านพยาธิวิทยาในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านพยาธิวิทยาและจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านโรคมะเร็งและจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์
สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านยาเสพติดในภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านยาเสพติดและจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์
สถาบันโรคทรวงอก	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 4	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการสนับสนุน(Health Need) ของเขตสุขภาพที่ 4โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 4	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพที่ 4	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
สถาบันโรคผิวหนัง	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน โรคผิวหนังใน ภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านโรคผิวหนังและ จัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพ ที่ต้องให้การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้ สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูล ผู้สูงอายุในภาพรวม ของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านผู้สูงอายุและจัดลำดับ ความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้ การสนับสนุน(Health Need) ด้าน วิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน ทารกแรกเกิด ในภาพรวมของ ประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านทารกแรกเกิดและ จัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพ ที่ต้องให้การสนับสนุน(Health Need) ด้านวิชาการโดยให้ สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 1	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 1 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 1	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 1	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 6	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 6 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 6	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 6	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 3	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 3 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 3	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 3	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 2	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 2 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 2	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 2	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 10	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 10 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 10	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 10	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 8	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 8 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 8	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 8	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพของเขต สุขภาพที่ 11	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ สนับสนุน(Health Need) ของเขต สุขภาพที่ 11 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพที่ 11	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพที่ 11	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ใน ภาพรวมของประเทศ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) และจัดลำดับ ความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้ การสนับสนุน(Health Need) ด้าน วิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์



รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลยาเสพติดในพื้นที่ภาคเหนือ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านยาเสพติดและจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 12	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการสนับสนุน(Health Need) ของเขตสุขภาพที่ 12 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 12	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพที่ 12	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการสนับสนุน(Health Need) ของเขตสุขภาพที่ 7 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 7	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพที่ 7	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี	ศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 12	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการสนับสนุน(Health Need) ของเขตสุขภาพที่ 12 โดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 12	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพที่ 12	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร กรมการแพทย์

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านยา เสพติดในพื้นที่ ภาคเหนือ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านยาเสพติดและจัดลำดับ ความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้ การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุตรธานี	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านยา เสพติดในพื้นที่ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านยาเสพติดและจัดลำดับ ความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้ การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัด ชลบุรี	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน สุขภาพผู้สูงอายุใน พื้นที่ภาคตะวันออก	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านสุขภาพผู้สูงอายุและ จัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพ ที่ต้องให้การสนับสนุน( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้ สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์
โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อน ภาคใต้ จังหวัดตรัง	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้าน โรคผิวหนังใน ภาพรวมของเขตร้อน ภาคใต้	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านโรคผิวหนังในเขตร้อน ภาคใต้ และจัดลำดับความสำคัญ ของเขตสุขภาพที่ต้องให้การ สนับสนุน ( Health Need ) ด้าน วิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์

รายละเอียดการดำเนินงาน

หน่วยงาน	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ลำปาง	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูล ด้านผู้พิการในพื้นที่ ภาคเหนือ	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านผู้พิการและจัดลำดับ ความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้ การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block	จัดทำแผนเพื่อ สนับสนุนและแก้ไข ปัญหาตามลำดับ ความสำคัญ/ความ ต้องการสนับสนุน จากเขตสุขภาพ	มีการดำเนินงานตาม แผนความต้องการ ของเขตสุขภาพและ พื้นที่ที่รับผิดชอบ	มีการจัดทำสรุปรายงานผล การดำเนินงานเสนอต่อ ผู้บริหาร กรมการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 1.5 PA อธิบัติ / ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข / ภารกิจหลักของกรม

ตัวชี้วัดที่ 1.5.1 ระดับความสำเร็จในการรายงานผลตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

(Performance Agreement : PA)

น้ำหนัก : ร้อยละ .....

คำอธิบาย :

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) หมายถึง ตัวชี้วัดที่เป็นข้อตกลง การปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ระหว่างอธิบดีกรมการแพทย์กับปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวชี้วัดที่เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวง/แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง/แผนบูรณาการและแผนงาน/ โครงการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการรายงานผลการปฏิบัติราชการรายไตรมาส (รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน) เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการตามข้อตกลง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติ ราชการของอธิบดีกรมการแพทย์ ประกอบด้วย

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ 7)
2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (น้อยกว่าร้อยละ 30)
3. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year) (ร้อยละ 20)
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ 20)
5. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (น้อยกว่าร้อยละ 12)

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน ดังนี้

รายละเอียดการดำเนินงาน :

ขั้นตอน ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการประเมิน						
1	1.1 มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบในภาพรวมของประเทศ 1.2 มีการจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (Template), House Model และ Value Chain 1.3 มีการจัดทำแผน (Action Plan) - ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของอธิบดีกรมการแพทย์ (Performance Agreement : PA อธิบัติ) ประกอบด้วย 1.1 อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง 1.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 1.3 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year) 1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery 1.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	0.5  0.5	- ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ - Template - House Model - Value Chain - Action Plan ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติ ราชการ (Performance Agreement : PA) ในความรับผิดชอบ						
2	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบตาม Small Success ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด								
	<b>2.1 ผลการดำเนินงาน</b> 2.1.1 อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - จำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course</td> </tr> </table>	คะแนน	0.1	0.5	ร้อยละ	-	- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - จำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course	0.5	- ไตรมาสที่ 1 ส่งรายงานเป็นเอกสาร ไปยัง ก.พ.ร. วันที่ 10 มกราคม 2562 (ความทันเวลา นับตั้งแต่วันที่ ก.พ.ร. ลงรับหนังสือ)
คะแนน	0.1	0.5							
ร้อยละ	-	- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง - จำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ - จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke - จัดอบรม Stroke: Basic course							

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการประเมิน																																																												
	<p>2.1.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่า ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 33</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 30</td> </tr> </table> <p>2.1.3 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>2.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>2.1.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่า ร้อยละ 19.5</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 16.5</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 15</td> </tr> </table>	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่า ร้อยละ 30	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 18	ร้อยละ 16.5	ร้อยละ 15	น้อยกว่า ร้อยละ 15														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่า ร้อยละ 30																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 18	ร้อยละ 16.5	ร้อยละ 15	น้อยกว่า ร้อยละ 15																																																										
3	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบตาม Small Success รอบ 6 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด		1. ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด รายละเอียดประกอบด้วย 1.1 ร้อยละ (ผลงาน/เป้าหมาย)																																																												
	<p><b>3.1 ผลการดำเนินงาน</b></p> <p>3.1.1 อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่าร้อยละ 9.1</td> <td>ร้อยละ 8.4</td> <td>ร้อยละ 7.7</td> <td>ร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 7</td> </tr> </table> <p>3.1.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่า ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 33</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 30</td> </tr> </table> <p>3.1.3 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>3.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>3.1.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่า ร้อยละ 19.5</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 16.5</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 15</td> </tr> </table> <p><b>3.2 ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด</b></p>	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 9.1	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 7.7	ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่า ร้อยละ 30	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 18	ร้อยละ 16.5	ร้อยละ 15	น้อยกว่า ร้อยละ 15	0.5	รอบ 3 และ 6 เดือน 1.2 แหล่งอ้างอิงข้อมูล 2. ส่งรายงาน ภายในวันที่ 22 มีนาคม 2562 รายงานในระบบคำรับรองฯ
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 9.1	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 7.7	ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่า ร้อยละ 30																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																																										
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																																										
ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 18	ร้อยละ 16.5	ร้อยละ 15	น้อยกว่า ร้อยละ 15																																																										
4	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบตาม Small Success ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด																																																														

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการประเมิน																																																
	<p><b>4.1 ผลการดำเนินงาน</b></p> <p>4.1.1 อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่าร้อยละ 9.1</td> <td>ร้อยละ 8.4</td> <td>ร้อยละ 7.7</td> <td>ร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table> <p>4.1.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่าร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 33</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 30</td> </tr> </table>	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 9.1	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 7.7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่าร้อยละ 30	0.5	- ไตรมาสที่ 3 ส่งรายงานเป็นเอกสารไปยัง ก.พ.ร. วันที่ 10 กรกฎาคม 2562 (ความทันเวลา นับตั้งแต่วันที่ ก.พ.ร. ลงรับหนังสือ)																								
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 9.1	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 7.7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7																																														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่าร้อยละ 30																																														
	<p>4.1.3 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>4.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>4.1.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่าร้อยละ 19.5</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 16.5</td> <td>ร้อยละ 15</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 15</td> </tr> </table>	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 19.5	ร้อยละ 18	ร้อยละ 16.5	ร้อยละ 15	น้อยกว่าร้อยละ 15														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 19.5	ร้อยละ 18	ร้อยละ 16.5	ร้อยละ 15	น้อยกว่าร้อยละ 15																																														
	<b>4.2 ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด</b>	0.5																																																	
4	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบตาม Small Success รอบ 12 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด		1. ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดรายละเอียดประกอบด้วย																																																
	<p><b>5.1 ผลการดำเนินงาน</b></p> <p>5.1.1 อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่าร้อยละ 9.1</td> <td>ร้อยละ 8.4</td> <td>ร้อยละ 7.7</td> <td>ร้อยละ 7</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 7</td> </tr> </table> <p>5.1.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่าร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 33</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ 30</td> </tr> </table> <p>5.1.3 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table> <p>5.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery</p> <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.1</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>ร้อยละ 14</td> <td>ร้อยละ 16</td> <td>ร้อยละ 18</td> <td>ร้อยละ 20</td> </tr> </table>	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 9.1	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 7.7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่าร้อยละ 30	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20	0.5	1.1 ร้อยละ (ผลงาน/เป้าหมาย) รอบ 9 และ 12 เดือน 1.2 แหล่งอ้างอิงข้อมูล 2. ส่งรายงาน ภายในวันที่ 20 กันยายน 2562 รายงานในระบบคำรับรองฯ
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 9.1	ร้อยละ 8.4	ร้อยละ 7.7	ร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7																																														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ 39	ร้อยละ 39	ร้อยละ 33	ร้อยละ 30	น้อยกว่าร้อยละ 30																																														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																														
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5																																														
ร้อยละ	ร้อยละ 12	ร้อยละ 14	ร้อยละ 16	ร้อยละ 18	ร้อยละ 20																																														



ชั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบการประเมิน									
	5.1.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>0.1</th> <th>0.2</th> <th>0.3</th> <th>0.4</th> <th>0.5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>มากกว่า ร้อยละ 15.6</td> <td>ร้อยละ 14.4</td> <td>ร้อยละ 13.2</td> <td>ร้อยละ 12</td> <td>น้อยกว่า ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table>			คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 15.6	ร้อยละ 14.4
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5							
ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 15.6	ร้อยละ 14.4	ร้อยละ 13.2	ร้อยละ 12	น้อยกว่า ร้อยละ 12							
	5.2 ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด	0.5										

#### แนวทางการประเมินผล

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

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เบอร์ติดต่อ : 02 590 6135

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาคำรับรองการปฏิบัติราชการ เบอร์ติดต่อ : 02 590 6136

## ภาคผนวก

### รายละเอียดตัวชี้วัดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA)

#### 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7 ตัวชี้วัด

##### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Lagging Indicator)

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)
2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)

##### ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Leading Indicator)

1. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)

#### คำนิยาม

##### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)
2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)
3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)

##### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)
2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)
3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)

##### อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)
2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)
3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)  
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัด และนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

เกณฑ์เป้าหมาย:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
<b>อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</b>			
- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5	น้อยกว่าร้อยละ 5
- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25	น้อยกว่าร้อยละ 25
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม</b>			
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที (door to operation room time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์

ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจากรายงาน ตก.2 รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12
- ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม

## แหล่งข้อมูล

- รายงาน ตก.2
- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

## การคำนวณ

### 1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ;I63)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

### 2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic ;I60-I62)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

### 3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

### 4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

### 5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัด

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล :

ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 8	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ปี 2563:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

ปี 2564:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	น้อยกว่าร้อยละ 5	-	น้อยกว่าร้อยละ 5
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	น้อยกว่าร้อยละ 25	-	น้อยกว่าร้อยละ 25
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :



- รายงาน ตก.2
- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน : สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2557	2558	2559	2560	2561
3.43	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)	-	-	-	-	3.43
22.28	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	-	-	-	-	22.28
8.15	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)	17.1	9.9	8.3	9.1	8.15
-	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	-	-	-	-	-
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ภายใน 3 ชั่วโมง (door to Stroke Unit time)					
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 60 นาที (door to operation room time)					

**ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-306-9899 ต่อ 2408  
โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 e-mail : suchathanc@yahoo.com
2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-306-9899 ต่อ 1138  
โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 e-mail : j.bunthong@gmail.com

**หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)**

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน**

1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-306-9899 ต่อ 1138  
โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 e-mail : j.bunthong@gmail.com

## 2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30

### คำนิยาม

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้

1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP  $\geq 65$  mm Hg และมีค่า serum lactate level  $>2$  mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis

2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั้งประเทศแล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้

5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

### เกณฑ์เป้าหมาย

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
< ร้อยละ 30	< ร้อยละ 26/50	< ร้อยละ 24/48

### วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

### ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ

### วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ

### แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน

### รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น

C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น

D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A+B+C) / D \times 100$$

### ระยะเวลาประเมินผล

ปีละ 1 ครั้ง (ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน)

### เกณฑ์การประเมิน :

1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

### ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28

### ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 28 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 50

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 48

วิธีการประเมินผล :

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ
2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้

คะแนน	1	2	3	4	5
	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20

เอกสารสนับสนุน :

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	ร้อยละ	34.79	32.03	34.65

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.พจน์ อินทลาภพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลราชวิถี โทรศัพท์มือถือ: 081- 612 5891  
E-mail: drpoj@yaho.com
2. นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท อายุรแพทย์ รพ.พิษณุโลก โทรศัพท์มือถือ: 081- 596 8535  
E-mail: mr.sepsis@yahoo.com
3. นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัยอายุรแพทย์ รพ.ลำปาง โทรศัพท์มือถือ : 088-2518036  
E-mail: crisis27@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)

1. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์

**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน**

1. นพ.พัทธวินท์ อุตตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906357 โทรศัพท์มือถือ : 081-9357334 โทรสาร 0 – 2965-9851  
e-mail : pattarawin@gmail.com
2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6347 โทรศัพท์มือถือ : 089-9594499 โทรสาร 0 – 2591-8279  
e-mail : eva634752@gmail.com

**ตารางประกอบคำนิยาม**

**ตารางที่ 1 Criteria ในการวินิจฉัยภาวะ SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)**

Criteria ในการวินิจฉัยภาวะ SIRS
Temperature >38°C or <36°C
Heart rate > 90 beats/min
Respiratory rate >20 /min หรือ PaCO <sub>2</sub> <32 mm Hg
WBC >12,000 /mm <sup>3</sup> , <4,000 /mm <sup>3</sup> , หรือมี band form neutrophil >10 %

**ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction**

ภาวะที่บ่งชี้ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction
มีภาวะ hypotension
ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL)
Urine output < 0.5 mL/kg/hr. เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ
Acute lung injury ที่มี Pao <sub>2</sub> /Fio <sub>2</sub> < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
Acute lung injury ที่มี Pao <sub>2</sub> /Fio <sub>2</sub> < 200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ
Creatinine>2.0 mg/dL (176.8 μmol/L)
Bilirubin >2 mg/dL (34.2 μmol/L)
Platelet count < 100,000 μL
Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที )

**ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่**

qSOFA (quick SOFA) score
1. alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. systolic blood pressure ≤100 mm Hg
3. respiratory rate ≥22/min

#### ตารางที่ 4 SOS score (Search Out Severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่ายที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นตี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืม ตาสลึมสลือ	ซึ่มมาก ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา	ไม่รู้สีกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปีสภาวะ/วัน		≤ 500	501-999	≥ 1,000			
ปีสภาวะ/8 ชม.		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปีสภาวะ/4 ชม.		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปีสภาวะ/1 ชม.		≤ 20	21-39	≥ 40			

#### การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

##### ระดับ 0 (Level 0)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

##### ระดับ 1 (Level 1)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher Levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

##### ระดับ 2 (Level 2)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those ‘stepping down’ from higher levels of care

##### ระดับ 3 (Level 3)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure



**ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration**

Criteria	Point Value
<b>Systolic BP (mmHg)</b>	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
<b>Heart rate (beats per minute)</b>	
< 40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
<b>Respiratory rate (beats per minute)</b>	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
<b>Temperature in °C (°F)</b>	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

**Interpretation**

- A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

ตัวอย่างแบบบันทึก ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (รวมตัวชี้วัดย่อย)  
ปีงบประมาณ 2561

ชื่อโรงพยาบาล..... H Code.....

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ไตรมาสที่ 1 (ต.ค.- ธ.ค.)	ไตรมาสที่ 2 (ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาสที่ 3 (เม.ย.- มิ.ย.)	ไตรมาสที่ 4 (ก.ค.-ก.ย.)	รวม
1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด					
2	จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด					
3	อัตราการตาย					
4	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)					
5	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic					
6	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)					
7	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3)ภายใน 3 ชม.					

หมายเหตุ :

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired
2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

นियามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.แรกหลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$$

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.}}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ : วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

### 3. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)

#### คำนิยาม

ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสร.v2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป

#### เกณฑ์เป้าหมาย (Leading Indicator) :

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

#### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยยาเสพติดที่คัดกรองเป็นผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

#### ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

#### วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

#### แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้แก่ สถานพยาบาล ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในจังหวัด/ชุมชน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทัดถสสถาน และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

#### รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย

B = จำนวนผู้ติด ที่รับการรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด

#### สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A/B) \times 100$$

#### ระยะเวลาประเมินผล

ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)

#### เกณฑ์การประเมินปี :

##### ปีงบประมาณ 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20	20	20	20

##### ปีงบประมาณ 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
30	30	30	30

##### ปีงบประมาณ 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
40	40	40	40

### วิธีการประเมินผล :

สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย หน่วยงานกำกับดูแลฐานข้อมูลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ของ กระทรวงสาธารณสุข

### เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
10	15	20	25	30

### เอกสารสนับสนุน :

1. รายชื่อสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
2. มาตรฐานการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
3. รายงานข้อมูล จากฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
4. <https://antidrugnew.moph.go.th>

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data Leading / lagging Indicator	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)	ร้อยละ	NA	NA	NA

**หมายเหตุ** เป็นตัวชี้วัดใหม่ ที่ใช้วัดผลการบำบัดรักษาฟื้นฟู โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรงของการเสพติด ซึ่งเดิมไม่มีการประเมินแยกกลุ่ม

### ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

นพ. อังกูร ภัทรการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5310086-87 โทรศัพท์มือถือ : 086-3316106

### หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1. ทพ. ชุมพล ชมะโชติ      ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ      โทรศัพท์มือถือ : 081-6265636
2. นางระเบียบ โตแก้ว      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ      โทรศัพท์มือถือ : 092-8979299
3. นางนิภาวัล บุญทับถม      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ      โทรศัพท์มือถือ : 086-3581102

#### 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 20

##### คำนิยาม :

One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
1	Inguinal hernia	53.0 Other unilateral repair of inguinal hernia ® 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified Inguinal herniorrhaphy NOS 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia ® Direct and indirect inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia ® 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.1 Other bilateral repair of inguinal hernia ® 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ® 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ® 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ® 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ® 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ® 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.2 Unilateral repair of femoral hernia 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.3 Bilateral repair of femoral hernia

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
		53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2	Hydrocele	61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis) Bottle repair of hydrocele of tunica vaginalis
3	Hemorrhoid	49.4 Procedures on hemorrhoids 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids Hemorrhoidectomy NOS 49.49 Other procedures on hemorrhoids Lord procedure
4	Vaginal bleeding	68.16 Closed biopsy of uterus Endoscopic (laparoscopy) hysteroscopy) biopsy of uterus 68.2 Excision or destruction of lesion or tissue of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae Lysis of intraluminal uterine adhesions 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation Dilation and curettage, Hysteroscopic endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus Uterine myomectomy
5	<i>Esophagogastric varices</i> (Esophageal varices, Gastric varices)	I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere 42.33 Esophageal varices by endoscopic approach 43.41 Ligation of gastric varices by endoscopic approach 44.43 endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	Esophageal-Gastric Stricture	44.22 Endoscopic dilation of pylorus Dilation with balloon endoscope Endoscopic dilation of gastrojejunostomy site 44.92 Dilation of esophagus Dilation of cardiac sphincter
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	C15.-Malignant neoplasm of oesophagus C16.-Malignant neoplasm of stomach 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	D12.6 Colon, unspecified polyposis (hereditary) of colon K63.5 Polyp of colon K62.0 Anal polyp



ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
		K62.1 Rectal polyp 45.42 Endoscopic Polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine Endoscopic ablation of tumor of large intestine Endoscopic control of colonic bleeding
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	K800: Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K801: Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K802: Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K803: Calculus of bile duct w cholangitis K804: Calculus of bile duct w cholecystitis K805: Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.88 Endoscopic removal of stone (s) from biliary tract 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
10	<i>Pancreatic duct stone</i>	K86.8 Other specified diseases of pancreas: Calculus 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.94 Endoscopic Removal of stone from pancreatic duct
11	<i>Bile duct stricture</i>	C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma: Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24.-Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25.- Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gall bladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic dust or gallbladder without Calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of bile duct without calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: Postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasabiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
12	Pancreatic duct stricture	C25.-Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
		K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into Pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์

1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง
3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย
4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System

แหล่งข้อมูล : One Day Surgery System

รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด  
(Principle diagnosis)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส 2 และ 4 (ติดตามรายไตรมาส)

เกณฑ์การประเมินปี

งบประมาณ 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 20		ร้อยละ 20

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 25		ร้อยละ 25

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 30		ร้อยละ 30

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ  
One Day Surgery (ODS)

เอกสารสนับสนุน : 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS)  
2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
-	ร้อยละ	NA	NA	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9 โทรศัพท์มือถือ : 08 2649 4884 โทรสาร : 0 2917 8917  
e-mail : [kityimpan@gmail.com](mailto:kityimpan@gmail.com)

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)

1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357  
โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 e-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นพ.ภัทรวินท์ อัดตะสาระ รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6357  
โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 7334 โทรสาร : 0 2965 9851 e-mail : [pattarawin@gmail.com](mailto:pattarawin@gmail.com)  
2. นายวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ : 08 5959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279  
e-mail: [eva634752@gmail.com](mailto:eva634752@gmail.com)

**5. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12**

**ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care**

- 1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
- 1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

**ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2 ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง**

- 2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100
- 2.2 อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45

**ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**

- 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
- 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

**คำนิยาม**

**1. ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง** ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

**2. แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ** การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

**3. การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ**

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1

“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

**เกณฑ์เป้าหมาย**

อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12

\*โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 12		

### เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	-	-

### เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100	-	-

2.2 อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 45	-	-

### เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2) : โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1

## วิธีการจัดเก็บข้อมูล

HDC

1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน
2. ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION
3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแพ้ม ACCIDENT

แหล่งข้อมูล : มาตรฐาน 43 แพ้มกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1 : A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง

รายการข้อมูล 2 : B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด

รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.2
A=จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	A=จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.	A=จำนวนผู้ป่วย ผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ	A=จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	A=จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ
B=จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	B=จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด	B=จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ	B=จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :  $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส 4 (ติดตามความก้าวหน้าทุกไตรมาส)

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 15%	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < 12%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100



2.2 อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1  
ไม่เกินร้อยละ 45

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

วิธีการประเมินผล :

**ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่

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

**ขั้นตอนที่ 2** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
- 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับ

โรงพยาบาล/จังหวัด

- 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม

**ขั้นตอนที่ 3** ส่วนกลาง

- 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต
- 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับ

โรงพยาบาล/เขต

- 3.3 วิเคราะห์นโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

เอกสารสนับสนุน :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>  
คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2559	2560	2561
	ร้อยละ	N/A	N/A	11.89

### ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ

1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297  
โทรสาร : 037-211297  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี  
โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  
E-mail : beera024@gmail.com
2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงศ์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103  
โทรสาร : 035-242182  
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา  
โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886  
E-mail : rattapong.b@gmail.com
3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286  
โทรสาร : 02-5918276  
หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์  
โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148  
E-mail : mertthailand@gmail.com

### ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ  
โทรศัพท์ที่ทำงาน :037-211297  
โทรสาร : 037-211297  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี  
โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769  
E-mail : beera024@gmail.com
2. นายสโรช จินดาวณิชย์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664  
โทรสาร : 02-5901853  
นักวิชาการสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน  
โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599  
Email: maxjung\_woo@hotmail.com
3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี่  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664  
โทรสาร : 02-5901853  
นักวิชาการสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน  
โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829  
E-mail : m.b.parichat@gmail.com
4. นางสาวพิมลมาศ คุ่มขุ่ม  
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664  
โทรสาร : 02-5901853  
นักวิชาการสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน  
โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945  
E-mail : pepimolmas11@gmail.com

### หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)

1. นายโสรัจจะ ชูแสง  
โทรศัพท์ที่ทำงาน :  
โทรสาร :  
หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ  
โทรศัพท์มือถือ : 081-8271669  
Email : sorajja.c@niems.go.th

### ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

1. นพ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล  
โทรศัพท์ที่ทำงาน :  
โทรสาร :  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักการแพทย์ เขตสุขภาพที่1 กรมการแพทย์  
โทรศัพท์มือถือ : 081-8429384  
E-mail : teerachai.y@gmail.com
2. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร  
โทรศัพท์ที่ทำงาน :  
โทรสาร :  
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์  
โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310  
E-mail : k.yothasamutr@gmail.com

**ตัวชี้วัดที่ 1.5.2 ระดับความสำเร็จในการรายงานผลตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

น้ำหนัก : ร้อยละ .....

**คำอธิบายตัวชี้วัด :**

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาครวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) รวมทั้ง 5 แผนงาน 40 โครงการ และ 55 ตัวชี้วัด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กรมการแพทย์ รับผิดชอบตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 16 ตัวชี้วัด โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่เป็นข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) ระหว่างอธิบดีกรมการแพทย์กับปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 5 ตัวชี้วัด และนำมาติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการจำนวน 11 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน
1. อัตราตายทารกแรกเกิด น้อยกว่า 3.8 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	ระบบ Health Data Center (HDC)	ส.สุขภาพเด็กแห่งชาติ
2. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ : ร้อยละ 40	การตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักวิชาการแพทย์
3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention : ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลระดับ M 1 ขึ้นไป	ระบบ Health Data Center (HDC)	รพ. เลิดสิน
4. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย Stemi ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด : ร้อยละ 70 โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป	ระบบ Thai Acute Coronary Syndrome Registry	ส.โรคทรวงอก
5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ : 26 ต่อแสนประชากร	ฐานข้อมูลการตาย ทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย	ส.โรคทรวงอก
6. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 6.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 70 6.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 70 6.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 60	ระบบ Thai Cancer Based	ส.มะเร็งแห่งชาติ และรพ.มะเร็งในภูมิภาค ทั้ง 7 แห่ง

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน
7. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสฟที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสฟต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate) : ร้อยละ 40	ระบบ บสต.	สบยช. และรพ.ธัญญารักษ์ ในภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง
8. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr : ร้อยละ 66	ระบบ Health Data Center (HDC)	รพ.ราชวิถี
9. ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน : ร้อยละ 85	ระบบ Vision2020	รพ.เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
10. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล : 0.8 : 100	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	รพ.ราชวิถี
11. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาล พื้นสภาระยะกึ่งกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) : ร้อยละ 50	การตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข	สถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูฯ

**เกณฑ์การให้คะแนน :** กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ระดับคะแนน	แนวทางการดำเนินการ	เอกสารประกอบ
1	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบในภาพรวมของประเทศ จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (Template) และ Action Plan	- Template รายละเอียดตัวชี้วัด รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์/ บริบทของปัญหา (0.5 คะแนน) - โครงการตามแผนปฏิบัติการที่ สนับสนุนความสำเร็จตัวชี้วัด (0.5 คะแนน)
2	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ รอบ 3 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด	(1 คะแนน)
3	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ รอบ 6 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด (รายละเอียดตามตารางระดับคะแนน)	- รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน (0.5 คะแนน) - ระดับคะแนนตัวชี้วัด (0.5 คะแนน)
4	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ รอบ 9 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด (รายละเอียดตามตารางระดับคะแนน)	- รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน (0.5 คะแนน) - ระดับคะแนนตัวชี้วัด (0.5 คะแนน)
5	มีการรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ รอบ 12 เดือน และข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด (รายละเอียดตามตารางระดับคะแนน)	- รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน (0.5 คะแนน) - ระดับคะแนนตัวชี้วัด (0.5 คะแนน)



**แนวทางการประเมินผล :**

- รอบ 6 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 3
- รอบ 12 เดือน ดำเนินการถึงระดับที่ 5
- ภายในระยะเวลาที่กำหนด
  - รายงานผลรอบ 6 เดือน รายงานภายในวันที่ 22 ของเดือนมีนาคม 2562
  - รายงานผลรอบ 12 เดือน รายงานภายในวันที่ 20 ของเดือนกันยายน 2562

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล :** สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์

**ผู้กำกับตัวชี้วัด :** ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์

**เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6338,6350

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :** กลุ่มงานนโยบายและประเมินผล

**เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6347

### รายละเอียดระดับคะแนนตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน				
	1 (0.1 คะแนน)	2 (0.2 คะแนน)	3 (0.3 คะแนน)	4 (0.4 คะแนน)	5 (0.5 คะแนน)
1. อัตราตายทารกแรกเกิด	มากกว่า 4.94 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	ระหว่าง 4.57 - 4.94 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	ระหว่าง 4.19 - 4.56 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	ระหว่าง 3.80 - 4.18 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ	น้อยกว่า 3.80 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ
2. ร้อยละการบรรเทาอาการปวด และจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 27.9	ระหว่างร้อยละ 28.0 – 31.9	ระหว่างร้อยละ 32.0 – 35.9	ระหว่างร้อยละ 36.0 – 39.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40.0
3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention	รอบ 6 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 6.9	รอบ 6 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 7.0 – 7.9	รอบ 6 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 8.0 – 8.9	รอบ 6 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 9.0 – 9.9	รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10.0
	รอบ 9 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10.4	รอบ 9 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 10.5 – 11.9	รอบ 9 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 12.0 – 13.4	รอบ 9 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 13.5 – 14.9	รอบ 9 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 15.0
	รอบ 12 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 13.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 14.0 – 15.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 16.0 – 17.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 18.0 – 19.9	รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20.0
4. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย Stemi ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 34.9	ระหว่าง ร้อยละ 35.0 – 39.9	ระหว่าง ร้อยละ 40.0 – 44.9	ระหว่าง ร้อยละ 45.0 – 49.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50.0



### รายละเอียดระดับคะแนนตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน				
	1 (0.1 คะแนน)	2 (0.2 คะแนน)	3 (0.3 คะแนน)	4 (0.4 คะแนน)	5 (0.5 คะแนน)
5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 17.0	รอบ 6 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 15.7 – 16.9	รอบ 6 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 14.4 – 15.6	รอบ 6 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 13.1 – 14.3	รอบ 6 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 13.0
	รอบ 9 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25.6	รอบ 9 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 23.6 – 25.5	รอบ 9 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 21.6 – 23.5	รอบ 9 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 19.6 – 21.5	รอบ 9 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 19.5
	รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 33.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 31.5 – 33.8	รอบ 12 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 28.7 – 31.2	รอบ 12 เดือน ระหว่าง ร้อยละ 26.1 – 28.6	รอบ 12 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 26.0
6. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก					
6.1 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 48.9	ระหว่าง ร้อยละ 49 – 55.9	ระหว่าง ร้อยละ 56 – 62.9	ระหว่าง ร้อยละ 63 – 69.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
6.2 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 48.9	ระหว่าง ร้อยละ 49 – 55.9	ระหว่าง ร้อยละ 56 – 62.9	ระหว่าง ร้อยละ 63 – 69.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70
6.3 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 41.9	ระหว่าง ร้อยละ 42 – 47.9	ระหว่าง ร้อยละ 48 – 53.9	ระหว่าง ร้อยละ 54 – 59.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
7. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจาก การบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 27.9	ระหว่างร้อยละ 28.0 – 31.9	ระหว่างร้อยละ 32.0 – 35.9	ระหว่างร้อยละ 36.0 – 39.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40.0



### รายละเอียดระดับคะแนนตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน				
	1 (0.1 คะแนน)	2 (0.2 คะแนน)	3 (0.3 คะแนน)	4 (0.4 คะแนน)	5 (0.5 คะแนน)
8. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 46.1	ระหว่างร้อยละ 46.2 – 52.7	ระหว่างร้อยละ 52.8 – 59.3	ระหว่างร้อยละ 59.4 – 65.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66.0
9. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน : ร้อยละ 85	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 59.4	ระหว่างร้อยละ 59.5 – 67.9	ระหว่างร้อยละ 68.0 – 76.4	ระหว่างร้อยละ 76.5 – 84.9	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85.0
10. อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยจากอวัยวะของผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	รอบ 6 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.27 : 100	รอบ 6 เดือน ระหว่าง 0.28 – 0.31 : 100	รอบ 6 เดือน ระหว่าง 0.32 – 0.35 : 100	รอบ 6 เดือน ระหว่าง 0.36 – 0.39 : 100	รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 0.4 : 100
	รอบ 9 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.41 : 100	รอบ 9 เดือน ระหว่าง 0.42 – 0.47 : 100	รอบ 9 เดือน ระหว่าง 0.48 – 0.53 : 100	รอบ 9 เดือน ระหว่าง 0.54 – 0.59 : 100	รอบ 9 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 : 100
	รอบ 12 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.55 : 100	รอบ 12 เดือน ระหว่าง 0.56 – 0.63 : 100	รอบ 12 เดือน ระหว่าง 0.64 – 0.71 : 100	รอบ 12 เดือน ระหว่าง 0.72 – 0.79 : 100	รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 : 100
11. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	รอบ 6 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.4	รอบ 6 เดือน ระหว่าง 17.5 - 19.9	รอบ 6 เดือน ระหว่าง 20.0 - 22.4	รอบ 6 เดือน ระหว่าง 22.5 – 25.9	รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 25
	รอบ 12 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 34.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง 35.0 – 39.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง 40.0 – 44.9	รอบ 12 เดือน ระหว่าง 45.0 – 49.9	รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 50

## รายละเอียดเอกสารประกอบ (ไฟล์เอกสารแนบ)

1. Template รายละเอียดตัวชี้วัด
2. บริบทของปัญหา
  - 2.1 สถานการณ์
  - 2.2 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข
3. โครงการตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ของหน่วยงานที่ตอบสนองตัวชี้วัด
  - 3.1 ชื่อโครงการที่ 1 ....
    - วัตถุประสงค์
    - กลุ่มเป้าหมาย
    - งบประมาณ
    - ผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ
  - 3.2 ชื่อโครงการที่ 2 .... (ถ้ามี)
    - วัตถุประสงค์
    - กลุ่มเป้าหมาย
    - งบประมาณ
    - ผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ
  - 3.3 ชื่อโครงการที่ 3 .... (ถ้ามี)
4. แบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
  - 4.1 ตัวชี้วัดที่ ....
  - 4.2 สูตรการคำนวณ ... เช่น  $(A/B) \times 100$ 
    - A =
    - B =

เขตสุขภาพ	A	B	$(A/B) \times 100$
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13 (ถ้ามี)			
<b>ผลรวม</b>			

ตัวชี้วัดที่ 1.5 PA อธิบัติ / ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข / ภารกิจหลักของกรม

1.5.3 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (COE ของหน่วยงาน)

1.5.3 .....(ชื่อตัวชี้วัด).....

น้ำหนัก : ร้อยละ .....

คำอธิบาย :

รายชื่อหน่วยงานที่ต้องจัดทำตัวชี้วัดโครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
2. โรงพยาบาลสงฆ์
3. สถาบันทันตกรรม
4. สถาบันพยาธิวิทยา
5. สถาบันโรคผิวหนัง
6. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
7. โรงพยาบาลผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

โดยที่ : หน่วยงานเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดเองตามแบบฟอร์มที่ ก.พ.ร. กำหนด

ส่งให้ ก.พ.ร. ภายในวันที่ 15 มกราคม 2562 ที่ E-mail : ta.psd0322@gmail.com เท่านั้น



ตัวชี้วัดที่ 1.5 ภารกิจหลักของกรม / ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข / PA อธิบดี

1.5.3 .....(ชื่อตัวชี้วัด).....

น้ำหนัก : ร้อยละ .....

คำอธิบาย :

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	
2	
3	
4	
5	

แนวทางการประเมินผล :

- .....
- .....
- .....
- .....

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : .....

ผู้กำกับตัวชี้วัด : .....

เบอร์ติดต่อ : .....

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : .....

เบอร์ติดต่อ : .....

## มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ

### ตัวชี้วัดที่ 2.1 DMS Smart Services

น้ำหนัก : ร้อยละ 4

คำอธิบาย :

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

**เกณฑ์การให้คะแนน :** กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากการดำเนินงานตามเป้าหมายในแต่ละระดับ ดังนี้

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

**เกณฑ์การประเมิน :** (สำหรับหน่วยงานบริการ)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการดำเนินงานตาม EMRAM Stage 1 - มีระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 3 อย่าง ได้แก่ ระบบห้องแล็บ ระบบห้องยา และระบบทางรังสีวิทยา
2	มีการดำเนินงานตาม EMRAM Stage 2 - มี Clinical Data Repository (CDR) ระบบฐานข้อมูลตาม Stage 1 ซึ่งสามารถส่งข้อมูลมาบันทึกในฐานข้อมูลนี้ได้ และแพทย์สามารถเข้ามาดูข้อมูลเหล่านี้ - สามารถบันทึกข้อมูลที่เกิดจากการเขียนลงกระดาษแล้วสแกนได้
3	มีการดำเนินงานตาม EMRAM Stage 3 - มีระบบบันทึกว่าให้ยาอะไรกับคนไข้ไปแล้วบ้าง - มีหน่วยผู้ป่วยใน อย่างน้อย 1 หน่วย นำระบบ Nursing/Clinical Documentation มาใช้ (เช่น vital sign, flow sheets, nursing notes) โดยเชื่อมต่อเข้ากับ CDR - มีระบบ PACs ที่ให้แพทย์ที่อยู่นอกหน่วยรังสีวิทยา สามารถเข้าไปดูด้วยได้ผ่านระบบเครือข่ายภายในองค์กร
4	มีระบบลงทะเบียนผู้ป่วยล่วงหน้า
5	มีระบบนัดหมายผู้ป่วย

**เกณฑ์การประเมิน : (สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีรายงานนำเสนอในระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (MIS) จำนวน 1 รายงาน
2	มีรายงานนำเสนอในระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (MIS) จำนวน 2 รายงาน
3	มีรายงานนำเสนอในระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (MIS) จำนวน 3 รายงาน
4	มีการนำเสนองานบริการตามภารกิจของหน่วยงานบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน 1 บริการ
5	มีการนำเสนองานบริการตามภารกิจของหน่วยงานบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน 2 บริการ

**เป้าหมาย :**

รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 2	ระดับ 5

**แนวทางประเมินผลและหลักฐาน :**

- รายงานแสดงการประเมิน EMRAM ในแต่ละ Stage
- เอกสารแสดงหน้าระบบลงทะเบียนผู้ป่วยล่วงหน้า/ระบบนัดหมายผู้ป่วย
- เอกสารแสดงรายงานที่นำเสนอในระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (MIS)/งานบริการเพื่อประชาชนบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

**หมายเหตุ :**

หลักฐานข้อ 1-2 สำหรับหน่วยงานบริการ หลักฐานข้อ 3 สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล:** สำนักสารสนเทศการแพทย์

**ผู้กำกับตัวชี้วัด :** ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศการแพทย์

**เบอร์ติดต่อ :** 02590 6316

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :** นายชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล

**เบอร์ติดต่อ :** 02590 6392

## ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

- ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ประเด็นที่ 6.2 การยกระดับงานบริการประชาชนและการอำนวยความสะดวกของภาครัฐสู่ความเป็นเลิศ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งประชาชนและนักธุรกิจเอกชน โดยมีการเชื่อมโยงผ่านระบบดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เชื่อมโยงทุกส่วนราชการในการให้บริการประชาชน เช่น การพัฒนาระบบกลางของภาครัฐในการให้บริการธุรกิจตลอดวงจรการประกอบธุรกิจ (Single Portal for Business) ด้วยการใช้ระบบดิจิทัลบูรณาการข้อมูล/เอกสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้สามารถติดต่อราชการได้แบบเบ็ดเสร็จได้ตลอดวงจร โปร่งใสตรวจสอบได้ และผู้รับบริการได้รับความสะดวก สามารถเข้าถึงงานบริการภาครัฐได้ง่ายทั่วถึง และหลากหลายรูปแบบตามความ

- **ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)** เป็นเอกสารที่บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน โดยทั้ง 2 ฝ่ายต้องร่วมกันกำหนดขอบเขตของการให้บริการ ระดับการให้บริการ (Level of Service) ขั้นต่ำที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ ซึ่งข้อตกลงระดับการให้บริการเปรียบเสมือนพันธสัญญาถึงระดับคุณภาพของบริการและความโปร่งใสที่ผู้ให้บริการมีให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นองค์ประกอบของข้อตกลงจะประกอบด้วย ขอบเขตการให้บริการ ข้อกำหนดการให้บริการ ระดับการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และการรับเรื่องร้องเรียน

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	วิเคราะห์ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคู่มือการให้บริการประชาชนที่จัดทำในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 อย่างน้อย 1 คู่มือ
2	จัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการ ตามแบบฟอร์ม A-E
3	จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนในรูปแบบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และ เผยแพร่บนเว็บไซต์ หรือ Social Media ของหน่วยงาน
4	มีผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคู่มือการให้บริการประชาชน
5	มีแผนการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนในปีถัดไป โดยส่งประเด็นการจัดทำคู่มือฯ ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ภายในการรายงานรอบ 12 เดือน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6135

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัญญ์ วัชรกุล

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6136

นางสาวชลลิตา จิรสิลากุล

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6136



## ตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ พัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน และจัดให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อมอบรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติให้แก่หน่วยงานของรัฐ เพื่อเชิดชูเกียรติและเป็นขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่มีความโดดเด่นในการพัฒนาหรือปรับปรุงบริการจนสามารถตอบสนองและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งผลงานของหน่วยงานที่ได้รับรางวัลไม่เพียงแต่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการให้บริการของภาครัฐที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนในระดับประเทศแล้ว ยังเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติด้วย โดยมีหลายหน่วยงานได้พัฒนาต่อ ยอดผลงานการพัฒนาคุณภาพการให้บริการจนได้รับรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ

รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ เป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการและการบริหารจัดการของหน่วยงานของรัฐ ที่ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส เป็นธรรม และเป็นที่พึงพอใจที่สำคัญแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐเป็นที่ยอมรับ ซึ่งจะช่วยสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นแรงกระตุ้นให้หน่วยงานของรัฐมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น และเป็นสิ่งยืนยันความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการว่าสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการและระบบการบริหารของหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ประกอบด้วย 4 ประเภทรางวัล ได้แก่

- 1) ประเภทมาตรฐานการบริการ พิจารณาจากผลการนำมาตรฐานการให้บริการไปดำเนินการขยายผลในหน่วยบริการสาขา โดยเจตนารมณ์ของรางวัลเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่ดียังมีมาตรฐานและทั่วถึง
- 2) ประเภทนวัตกรรมบริการ พิจารณาจากผลการดำเนินการที่แสดงถึงการสร้างสรรค์งานบริการหรือคิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่ในการให้บริการประชาชน โดยเจตนารมณ์ของรางวัลเพื่อให้หน่วยงานสร้างสรรค์รูปแบบการให้บริการใหม่ๆ ที่สอดคล้อง ทันต่อสถานการณ์และความต้องการของประชาชน
- 3) ประเภทพัฒนาการบริการ พิจารณาจากผลการดำเนินการปรับปรุงการให้บริการประชาชนแล้วส่งผลให้เกิดการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเจตนารมณ์ของรางวัลเพื่อให้หน่วยงานพัฒนาบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น
- 4) ประเภทการบริการที่เป็นเลิศ พิจารณาจากผลการดำเนินการที่เป็นภาพรวมของหน่วยงานที่มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของประเทศ

**เกณฑ์การให้คะแนน : (สำหรับหน่วยงานบริการ)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐสาขาบริการภาครัฐ
2	-
3	หน่วยงานจัดทำแบบฟอร์มบทสรุปสาระสำคัญของผลงานที่เสนอรางวัล ตามรูปแบบของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
4	-
5	หน่วยงานจัดทำใบสมัครขอรับรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ (แบบฟอร์มที่ 1-5 ของสำนักงาน ก.พ.ร.)

**หมายเหตุ :** สำหรับหน่วยงานสนับสนุน ให้นำน้ำหนักไปรวมกับตัวชี้วัดที่ 1 ระดับความสำเร็จในการปรับปรุงองค์กรตามเกณฑ์การเป็นระบบราชการ 4.0 (น้ำหนักตัวชี้วัดที่ 2.3 เท่ากับ 2 และน้ำหนักตัวชี้วัดที่ 1 เท่ากับ 30 รวมเป็น 32)

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล:** กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

**ผู้กำกับตัวชี้วัด :** ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

**เบอร์ติดต่อ :** 02 590 6132

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :** นายเจษฎา แสงชูโต

**เบอร์ติดต่อ :** 02 590 6139

นางสาวฉัตรดาว ลีเชวงวงศ์

**เบอร์ติดต่อ :** 02 590 6137

## ตัวชี้วัดที่ 2.4 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับขั้นของความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมการแพทย์

1. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) คือ เครื่องมือการประเมินเชิงบวกเพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริต และเป็นกลไกในการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานที่ทำงานให้กับหน่วยงานมาเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้อำนวยการ/หัวหน้า ข้าราชการ/พนักงานไปจนถึงลูกจ้าง/พนักงานจ้าง

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่มารับบริการหรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

4. แบบวัดการรับรู้ หมายถึง แบบที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกทางระบบออนไลน์

4.1 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน คือ การประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในที่มีต่อหน่วยงานตนเอง ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัด	ประเด็นที่ใช้ในการวัดการรับรู้
การปฏิบัติหน้าที่	ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน มีความโปร่งใส ดำเนินการตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนด และให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน
	ปฏิบัติงานอย่างมุ่งมั่น เต็มความสามารถ มีความรับผิดชอบ
	พฤติกรรมกรเรียกรับเงิน ทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นๆ
การใช้งบประมาณ	การใช้จ่ายเงินงบประมาณ - การจัดทำแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี - เผยแพร่อย่างโปร่งใส - ลักษณะใช้จ่ายงบประมาณอย่างคุ้มค่า
	การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของหน่วยงาน
การใช้อำนาจ	การมอบหมายงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน การคัดเลือกบุคลากรเพื่อให้สิทธิประโยชน์ต่างๆ การใช้อำนาจสั่งการ
	กระบวนการบริหารงานบุคคล
การใช้ทรัพย์สินของราชการ	พฤติกรรมกรนำทรัพย์สินของราชการไปเป็นของตนเอง
	พฤติกรรมกรขอยืมทรัพย์สินของราชการ
	แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สิน

ตัวชี้วัด	ประเด็นที่ใช้ในการวัดการรับรู้
การแก้ไขปัญหาการทุจริต	ทบทวนนโยบายเกี่ยวข้องกับการป้องกันการทุจริต
	จัดทำแผนงานด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต
	การแก้ไขปัญหาการทุจริตในหน่วยงานลดลง/ไม่มีเลย และสร้างความเชื่อมั่นให้บุคลากรภายในในการร้องเรียนเมื่อพบการทุจริตภายในหน่วยงาน
	กระบวนการเฝ้าระวัง ตรวจสอบการทุจริตภายในหน่วยงาน รวมถึงนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุงการทำงาน

4.2 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก คือ การประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกที่มีต่อหน่วยงานที่ประเมิน ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัด	ประเด็นที่ใช้ในการวัดการรับรู้
คุณภาพการทำงาน	การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ยึดหลักตามมาตรฐาน มีความโปร่งใส ดำเนินการตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนด และให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการ/ให้บริการของหน่วยงานตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังหรือบิดเบือนข้อมูล
	ประสบการณ์ตรงในการถูกเจ้าหน้าที่เรียกรับเงิน ทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นๆ เพื่อแลกกับการปฏิบัติหน้าที่
ประสิทธิภาพการสื่อสาร	การเผยแพร่ข้อมูลของหน่วยงานในเรื่องต่างๆ ต่อสาธารณชน ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน ซึ่งข้อมูลที่เผยแพร่ต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะผลการดำเนินงานของหน่วยงาน
	มีช่องทางในการส่งคำติชมหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การให้บริการ และมีการชี้แจงกรณีที่มีข้อกังวลสงสัยอย่างชัดเจน
การปรับปรุงระบบการทำงาน	การปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และกระบวนการทำงานของหน่วยงาน
	การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว โดยมีกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้มารับบริการ/ผู้มาติดต่อเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนา และให้ความสำคัญกับการปรับปรุงการดำเนินงานให้โปร่งใสมากขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม/อบรมการประเมินคุณธรรมและความโปรงใสในการดำเนินงานของกรมการแพทย์ เพื่อรับทราบเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปรงใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และนำไปดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง <b>ทั้งนี้</b> ผู้แทนที่เข้าร่วมประชุม/อบรม ต้องเป็นผู้ประสานงานในเรื่องดังกล่าวตลอดปีงบประมาณ
2	หน่วยงานนำส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด
3	หน่วยงานส่งกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) พร้อมผู้ประสานงานของหน่วยงานเข้าร่วมเวทีวิพากษ์ในประเด็นการรับรู้ตามตัวชี้วัดตามแบบวัดการรับรู้ที่ 1 - 8 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ตามจำนวนที่กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานตามตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปรงใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) รวมทั้งระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรคและแนวทางพัฒนาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

## แนวทางการประเมินผล

- หน่วยงานแจ้งรายชื่อผู้แทนเข้าร่วมประชุม/อบรม ตามระยะเวลาที่กำหนด
- หน่วยงานนำส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) พร้อมแจ้งรายชื่อผู้ประสานงานของหน่วยงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด
- หน่วยงานส่งกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) พร้อมผู้ประสานงานของหน่วยงานเข้าร่วมเวทีวิพากษ์ ตามระยะเวลาที่กำหนด
- หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ โดยให้พิมพ์หน้ายืนยันตอบแบบวัดการรับรู้ ตามระยะเวลาที่กำหนด
- หน่วยงานส่งผลการดำเนินการให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ตามระยะเวลาที่กำหนด

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6200

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวสุสดี คชสาร เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6157

ตัวชี้วัด		เกณฑ์ที่ 1 มีครบ ทุกตัวชี้วัด	เกณฑ์ที่ 2 มีไม่ครบ ทุกตัวชี้วัด
<b>มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพ</b>		น้ำหนัก (ร้อยละ)	น้ำหนัก (ร้อยละ)
การบริหาร งบประมาณ	3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	1.5	2
	3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ	1.5	2
	3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	1.5	-
การบริหารพัสดุ	3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักพัสดุรายจ่ายลงทุน	1	-
การบริหาร การเงินและ การบัญชี	3.5 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ระดับหน่วยงาน	1	2
	3.6 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	1	1
การควบคุม ภายใน	3.7 ระดับความสำเร็จของการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน	1.5	2
การจัด การพลังงาน	3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัด พลังงานของหน่วยงาน	1	1
<b>รวม</b>		<b>10</b>	<b>10</b>

หมายเหตุ :

เกณฑ์ที่ 1 หน่วยงานที่วัดประกอบด้วย			
1	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	17	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
2	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	18	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
3	โรงพยาบาลราชวิถี	19	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
4	โรงพยาบาลเลิดสิน	20	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
5	โรงพยาบาลสงฆ์	21	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
6	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	22	โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
7	สถาบันทันตกรรม	23	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
8	สถาบันพยาธิวิทยา	24	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
9	สถาบันประสาทวิทยา	25	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
10	สถาบันโรคทรวงอก	26	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
11	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	27	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
12	สถาบันโรคผิวหนัง	28	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
13	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	29	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
14	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ แพทย์แห่งชาติ	30	โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
15	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี	31	โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง
16	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จ.ตรัง		



กรณี 2 หน่วยงานที่วัดประกอบด้วย	
1	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
2	กลุ่มตรวจสอบภายใน
3	สำนักงานเลขานุการกรม
4	สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล
5	สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์
6	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
7	สำนักสารสนเทศการแพทย์
8	สำนักวิชาการแพทย์
9	สำนักนิเทศระบบการแพทย์
10	สำนักกฎหมายการแพทย์
11	กองคลัง
12	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

### ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

น้ำหนัก : ร้อยละ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS)
2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นการคำนวณ

เหตุผล :

ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงิน การคลัง) ให้ได้รับการยกย่องเป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในการกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยอมรับของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และ มิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการ ที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยอมรับของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

### ตัวชี้วัดที่ 3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำ

น้ำหนัก : ร้อยละ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปี จะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

เหตุผล :

ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงิน การคลัง) ให้ได้รับการยกย่องเป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในการกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และ มิติด้านความรับผิดชอบตามขั้นตอนการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 1 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

### ตัวชี้วัดที่ 3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

น้ำหนัก : ร้อยละ .... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

- การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS)
- การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำ) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ
- รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายเงินคืนให้รัฐบาล และผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงานตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงานงบประมาณกำหนดให้

เหตุผล :

ตามมาตราการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ในเรื่องการเร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณ ประกอบด้วย

1. กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 96 และรายจ่ายลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 88
2. ให้เร่งรัดการฝึกอบรมประชุมสัมมนาโดยจัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณโดยเบิกจ่ายได้ในไตรมาสที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร
3. ให้เร่งรัดการก่องหน้ผูกพันและเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน
  - 3.1 รายการรายจ่ายลงทุนที่มีวงเงินต่อรายการไม่เกิน 2 ล้านบาท ให้ก่องหน้ผูกพันและเบิกจ่ายงบประมาณให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 1
  - 3.2 รายการรายจ่ายลงทุนที่มีวงเงินต่อรายการตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป จะต้องก่องหน้ผูกพันให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 1 ยกเว้นรายการที่มีวงเงินต่อรายการเกิน 1000 ล้านบาท ให้ก่องหน้ผูกพันให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 2

สูตรการคำนวณ :

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

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

**หมายเหตุ:**

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 88 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ
- การคำนวณวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ ไม่รวมเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

### ตัวชี้วัดที่ 3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กู้ยืมรายจ่ายลงทุน

น้ำหนัก : ร้อยละ ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

หน่วยงานสามารถก่อกำหนดผู้กู้ยืมรายจ่ายลงทุน (ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง) ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ : การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กู้ยืมรายจ่ายลงทุน

กลุ่ม	เรื่องที่ประเมิน
1	รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบลงทุน ที่มีวงเงินไม่เกิน 2 ล้านบาท ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทำสัญญา ก่อหนี้ผู้กู้ยืมได้แล้วเสร็จและเบิกจ่ายงบประมาณได้ภายในไตรมาสที่ 1
2	รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบลงทุน ที่มีวงเงินตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1,000 ล้านบาท ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทำสัญญา ก่อหนี้ผู้กู้ยืมได้แล้วเสร็จภายใน ไตรมาสที่ 1 และเบิกจ่ายตามวงงาน
3	รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง งบลงทุน ที่มีวงเงินเกิน 1,000 ล้านบาท และรายจ่ายลงทุนผู้กู้ยืมรายใหม่ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างทำสัญญา ก่อหนี้ผู้กู้ยืมได้แล้วเสร็จได้ภายในไตรมาสที่ 2 และเบิกจ่ายตามวงงาน

หมายเหตุ:

1.กรณีมีมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในการขยายการก่อกำหนดผู้กู้ยืมรายจ่ายลงทุนให้ยึด ณ วันที่ขยายขยายการก่อกำหนดผู้กู้ยืมมาคำนวณระดับความสำเร็จ

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : ฝ่ายพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6104

ฝ่ายงบประมาณ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6099

ตัวชี้วัดที่ 3.5 ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

● ความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถจัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด และนำเอาผลการคำนวณต้นทุนมาใช้ในการบริหารทรัพยากรของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	รายงานการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ประจำปีงบประมาณ 2561 ตามหลักและรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด <b>หลักฐานเผยแพร่ข้อมูลผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตบนหน้าหลักเว็บไซต์ของหน่วยงาน ส่งผลการดำเนินงานถึงกองคลัง ภายในวันพฤหัสบดีที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562</b>
2	รายงานผลการเปรียบเทียบผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระหว่างปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 และการวิเคราะห์สาเหตุการเปลี่ยนแปลงต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามหลักและรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด <b>หลักฐานเผยแพร่ข้อมูลผลการเปรียบเทียบและการวิเคราะห์สาเหตุการเปลี่ยนแปลงต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตบนหน้าหลักเว็บไซต์ของหน่วยงาน ส่งผลการดำเนินงานถึงกองคลัง ภายในวันพฤหัสบดีที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562</b>
3	จัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพด้านการลดค่าใช้จ่าย จำนวน 2 เรื่อง แผนเพิ่มประสิทธิภาพด้านปรับปรุงกิจกรรมจำนวน 2 เรื่อง และแผนเพิ่มประสิทธิภาพด้านปรับปรุงกิจกรรมอย่างแท้จริง จำนวน 1 เรื่อง ตามหลักและรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด <b>ส่งผลการดำเนินงานถึงกองคลัง ภายในวันศุกร์ที่ 29 มีนาคม 2562</b>
4	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพด้านการลดค่าใช้จ่าย การปรับปรุงกิจกรรมและการปรับปรุงกิจกรรมอย่างแท้จริง ตามหลักเกณฑ์และรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนดซึ่งแสดงผลการดำเนินงานที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนฯ โดยเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดมีคำอธิบายถึงเหตุผล/ปัจจัยสนับสนุน/อุปสรรคต่อการดำเนินงานตามแผนฯ และหลักฐานประกอบการดำเนินงานตามแผนฯ <b>ส่งผลการดำเนินงาน ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 20 ตุลาคม 2562</b>
5	รายงานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนในการบริหารจัดการในภาพรวม เช่น การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ภายในหน่วยงาน การเปรียบเทียบต้นทุนของหน่วยงานภายในหรือระหว่างหน่วยงานที่มีกิจกรรมและผลผลิตคล้ายคลึงกัน การกำหนดค่าธรรมเนียม เป็นต้น <b>ส่งผลการดำเนินงาน ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 20 ตุลาคม 2562</b>



**หมายเหตุ :**

- ส่งเอกสารไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด ไม่ได้คะแนน
- เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดแล้วเสร็จภายในเดือน ตุลาคม ของปีถัดไปจึงทำให้ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินแล้วเสร็จภายในเดือน กันยายน ของปีประเมินได้

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินและพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6302



### ตัวชี้วัดที่ 3.6 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับ

หน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด

น้ำหนัก : ร้อยละ ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)

คำอธิบาย :

เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยงาน ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชีของหน่วยงานมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นตัวผลักดันให้มีการเร่งตรวจสอบแก้ไขข้อมูลทางบัญชีของตนเองต่อเนื่องจากการประเมินผลฯ ประจำปีงบประมาณ 2561 จึงได้กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ประจำปีงบประมาณ 2562 ซึ่งประกอบด้วย

การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดของหน่วยงาน

สูตรการคำนวณ

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

กำหนดให้

X = คะแนนรวมของหน่วยงานที่ได้

Y = คะแนนเต็มของการประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 20 ต่อ 1 คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

ตัวอย่างการประเมิน

หน่วยงานได้ผลการประเมินรวมทั้งปี จำนวน 650 คะแนน

คะแนนเต็มของผลการประเมินรวมทั้งปี 690 คะแนน

ผลการคำนวณ คือ

$$\frac{650 \times 100}{690}$$

โดยหน่วยงานได้ผลคะแนน คือ 94.20% โดยเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนคือ หน่วยงานได้ ระดับ 4

**โดยที่ :**

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

เรื่อง	หลักเกณฑ์
1	ความถูกต้องมีการแสดงยอดคงเหลือและรายการเคลื่อนไหวของบัญชีตามที่กำหนด
2	ความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ
3	ความรับผิดชอบ สามารถจัดส่งรายงานและแก้ไขข้อบกพร่องของข้อมูลทางบัญชีได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 1 ความถูกต้องมีการแสดงยอดคงเหลือและรายการเคลื่อนไหวของบัญชีตามที่กำหนด	1.1 ยอดคงเหลือในช่อง “ยอดยกไป” ของบัญชีแยกประเภทในงบทดลองถูกต้องตรงกับเอกสารหรือหลักฐาน ดังนี้		
	1.1.1 บัญชีเงินสดในมือ (1101010101) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชีเงินสดในมือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันที่ทำตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551	30	รายงานเงินคงเหลือประจำวันที่ทำตามระเบียบฯ (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	1.1.2 บัญชีเงินฝากธนาคาร(ทุกบัญชี) <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการจัดทำงบกระทบยอดบัญชีเงินฝากธนาคารครบทุกบัญชี ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ด้วยวิธีการจัดทำงบกระทบยอดเงินฝากธนาคารตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0423.3/ว 63 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 เรื่อง วิธีการตรวจสอบข้อมูลเงินฝากธนาคารและแนวทางการจัดทำงบกระทบยอดเงินฝากธนาคารของหน่วยงานภาครัฐ (หากจัดทำไม่ครบทุกบัญชีจะถือว่าคะแนนเป็นศูนย์)	40	งบกระทบยอดบัญชีเงินฝากธนาคาร (รูปแบบไฟล์:PDF/Image/Excel)

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 1 ความถูกต้องมีการแสดง ยอดคงเหลือและรายการ เคลื่อนไหวของบัญชี ตามที่กำหนด (ต่อ)	1.1.3 บัญชีเงินฝากคลัง (1101020501) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชี เงินฝากคลัง ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ตรง กับรายงานแสดงการเคลื่อนไหวเงินฝาก กระทรวงการคลัง หรือคำสั่งงาน ZGL_RPT013 และรายงานสถานะเงินฝาก คลังและเงินรับฝากของรัฐบาล (ZGL_RPT016) ในระบบ GFMS	40	งบเทียบยอดเงินฝากคลัง (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	1.1.4 บัญชีลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ (1102010101) บัญชีลูกหนี้เงินยืมนอกงบประมาณ (1102010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของ บัญชีลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ และ บัญชีลูกหนี้เงินยืมนอกงบประมาณ ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ตรงกับสรุปรายงาน สัญญาการยืมเงินที่ยังไม่ส่งใช้ใบสำคัญ	50	สรุปลัญญาการยืมเงินที่ยังไม่ ส่งใช้ใบสำคัญ (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	1.1.5 บัญชีใบสำคัญค้ำจ่าย (2102040102) บัญชีเจ้าหนี้การค้า-หน่วยงานภาครัฐ (2101010101) บัญชีเจ้าหนี้การค้า-บุคคลภายนอก (2101010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> ยอดคงเหลือของบัญชี ใบสำคัญค้ำจ่าย บัญชีเจ้าหนี้การค้า- หน่วยงานภาครัฐ และบัญชีเจ้าหนี้การค้า - บุคคลภายนอก ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ตรงกับสรุปรายการใบแจ้งหนี้ ใบสำคัญหรือ เอกสารแสดงภาระผูกพันที่ต้องชำระคืนแก่ เจ้าหนี้หรือผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้จ่ายเงิน	40	สรุปใบแจ้งหนี้/ใบสำคัญที่ยัง ไม่ได้จ่ายเงิน (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)
	1.1.6 บัญชีวัสดุคลัง (1105010105) บัญชี ครุภัณฑ์ (12xxxxxxx) <u>แนวทางการประเมิน</u> - ยอดคงเหลือของบัญชี วัสดุคลัง ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ตรงกับ สรุปรายงานผลการตรวจสอบทรัพย์สิน ประจำปี งบประมาณ 2562 - ยอดคงเหลือของบัญชีครุภัณฑ์ ณ วันที่ 30 กันยายน 2562ตรงกับสรุปรายงานผลการ ตรวจสอบทรัพย์สิน ประจำปีงบประมาณ 2562	15  25	สรุปรายงานผลการตรวจสอบ พัสดุประจำปีงบประมาณ 2562 (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
<p>เรื่องที่ 1</p> <p>ความถูกต้องมีการแสดงยอดคงเหลือและรายการเคลื่อนไหวของบัญชีตามที่กำหนด (ต่อ)</p>	<p>1.1.7 งบทดลองแสดงข้อมูลทางบัญชีที่ถูกต้องตามดุลบัญชีปกติกติ และต้องไม่มีบัญชีพักที่มียอดคงค้าง</p> <p><u>แนวทางการประเมิน</u> งบทดลอง ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 ไม่มีบัญชีผิดดุลและบัญชีพักไม่มียอดคงค้างในรายงานผิดดุลและรายงานข้อมูลบัญชีที่ต้องไม่มียอดคงค้างโดยดุลบัญชีปกติกติที่ได้รับการยกเว้น มีบัญชีดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-บัญชีพักรอ Clearing (1101010113)</li> <li>-บัญชีรายได้สูง/(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (3101010101)</li> <li>-บัญชีรายได้สูง/(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสมยกมา (3102010101)</li> <li>-บัญชีผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาด (3102010102)</li> <li>-บัญชีค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยงาน-รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง (5210010112)</li> </ul>	60	<p>รายงานผิดดุลและรายงานข้อมูลบัญชีที่ต้องไม่มียอดคงค้าง (รูปแบบไฟล์:PDF/Image)</p>
	<p>1.2 การเคลื่อนไหวของบัญชีแยกประเภทในระบบ GFMS ระหว่างปีงบประมาณ 2562 (แสดงวิธีการตรวจสอบ เพื่อให้สามารถพิสูจน์ได้ว่ารายการเคลื่อนไหวระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ 2562 มีความถูกต้องเป็นปัจจุบัน เช่น การทำด้วย Pivot Table (ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0423.3/ว 281 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2555 เรื่อง แนวทางการตรวจสอบบัญชีของส่วนราชการในระบบ GFMS การตรวจสอบด้วยฟังก์ชัน VLOOKUP หรือโปรแกรม ฟังก์ชัน เทคนิค สูตรต่างๆ หรือวิธีการใดก็ได้ ตามที่หน่วยงานเห็นสมควร สำหรับบัญชี ดังต่อไปนี้ )</p>		
	<p>1.2.1 บัญชีเงินสดในมือ (1101010101) บัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อนำส่งคลัง (1101020601) บัญชีเงินฝากธนาคารรายบัญชีเพื่อนำส่งคลัง (1101020606)</p> <p><u>แนวทางการประเมิน</u> มีการบันทึกข้อมูลจัดเก็บ นำส่งหรือนำฝากเงิน เป็นรายได้แผ่นดินหรือเงินฝากคลังได้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน</p>	30	<p>แสดงการตรวจสอบพร้อมคำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)</p>

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 1 ความถูกต้องมีการแสดง ยอดคงเหลือและรายการ เคลื่อนไหวของบัญชี ตามที่กำหนด (ต่อ)	1.2.2 บัญชีเงินฝากคลัง (1101020501) <u>แนวทางการประเมิน</u> การบันทึก ข้อมูลเบิกจ่ายนำฝาก โอน และปรับปรุงบัญชี เงินฝากคลังตรงกับรายงานแสดงการ เคลื่อนไหวเงินฝากกระทรวงการคลัง หรือ คำสั่งงาน ZGL_RPT013 ในระบบ GFMS ได้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	40	แสดงการตรวจสอบพร้อม คำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)
	1.2.3 บัญชีลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ (1102010101) บัญชีลูกหนี้เงินยืมนอก งบประมาณ (1102010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> การบันทึกการจ่ายเงิน และชดใช้คืนเงินยืม ได้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	40	แสดงการตรวจสอบพร้อม คำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)
	1.2.4 บัญชีเงินฝากธนาคาร (เงินงบประมาณ) (1101020603) บัญชีเงินฝากธนาคาร (เงิน นอกงบประมาณ) (1101020604) บัญชีเงิน ฝากธนาคารรับจากคลัง (เงินกู้) (1101020605) บัญชีใบสำคัญค่างจ่าย (2102040102) บัญชีเจ้าหน้าที่การค้า- หน่วยงานภาครัฐ (2101010101) บัญชี เจ้าหน้าที่การค้า-บุคคลภายนอก (2101010102) <u>แนวทางการประเมิน</u> การบันทึกการเบิกและ จ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่หรือผู้มีสิทธิได้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	40	แสดงการตรวจสอบพร้อม คำชี้แจงผลต่าง (ถ้ามี)
	<b>รวม</b>	<b>450</b>	
เรื่องที่ 2 ความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูล	2.1 การเปิดเผยบทลงโทษสู่สาธารณะ <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการเผยแพร่บทลงโทษ ประจำเดือนกันยายน 2562 โดยเปิดเผยเป็น ระยะเวลาอย่างน้อย 30 วัน นับจากวันส่งให้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือสำนักงาน การตรวจเงินแผ่นดินส่วนภูมิภาค เช่น ลง Website หรือปิดประกาศในที่สาธารณะ	100	หลักฐานการเปิดเผย

เกณฑ์การประเมิน	เรื่องที่ประเมิน	คะแนน	สิ่งที่ต้องส่ง
เรื่องที่ 2 ความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูล (ต่อ)	2.2 แสดงรายละเอียดประกอบรายการบัญชีที่สำคัญของงบทดลองประจำปีเดือนกันยายน 2562 <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการจัดทำรายละเอียดรายการบัญชีที่สำคัญประกอบงบทดลองประจำปีเดือนกันยายน 2562 และเปิดเผยสู่สาธารณะเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 วัน นับจากวันส่งให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินส่วนภูมิภาค เช่น ลง Website หรือปิดประกาศในที่สาธารณะ โดยรายการบัญชีที่สำคัญประกอบด้วยรายการบัญชีตามเกณฑ์การประเมินผลเรื่องที่ 1.1.1 – 1.1.3	50	หลักฐานรายละเอียดที่จัดทำ
	<b>รวม</b>	<b>150</b>	
เรื่องที่ 3 ความรับผิดชอบ สามารถจัดส่งรายงานและแก้ไขข้อบกพร่องของข้อมูลทางบัญชีได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด	3.1 การจัดส่งงบทดลองให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) หรือสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินส่วนภูมิภาค <u>แนวทางการประเมิน</u> การนำส่งรายงานงบทดลองประจำปีเดือนให้ สตง.ทุกเดือน ภายในระยะเวลาที่กรมบัญชีกลางกำหนด (หากจัดทำไม่ครบทุกเดือนจะถือว่าคะแนนเป็นศูนย์)	40	หลักฐานการส่งให้ สตง. หรือสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินส่วนภูมิภาค
	3.2 การแก้ไขข้อบกพร่องด้านบัญชีตามข้อสังเกตประกอบการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบภายใน ภายในปีที่ได้รับการทักท้วง <u>แนวทางการประเมิน</u> มีการแก้ไขข้อบกพร่องด้านบัญชีตามข้อสังเกตประกอบการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบภายใน ภายในปีที่ได้รับการทักท้วง	50	หลักฐานการตอบข้อทักท้วงตามข้อสังเกตของผู้ตรวจสอบภายใน ภายในปีที่ได้รับการทักท้วง
	<b>รวม</b>	<b>90</b>	
<b>รวมทั้งสิ้น</b>		<b>690</b>	

**หมายเหตุ :**

1. หน่วยงานส่วนกลางไม่ต้องทำ ใช้คะแนนเดียวกับกองคลัง เนื่องจากกองคลังเป็นผู้รับผิดชอบการจัดทำบัญชีภาพรวมของหน่วยงานที่ตั้งอยู่ภายในอาคารส่วนกลางกรมการแพทย์
2. เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดแล้วเสร็จสิ้นเดือน พฤศจิกายน ของปีถัดไปจึงทำให้ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินแล้วเสร็จภายในเดือน กันยายน ของปีประเมินได้

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง**

**ผู้กำกับตัวชี้วัด :** ผู้อำนวยการกองคลัง

**เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6102

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด :** 1. ฝ่ายบัญชี

**เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6065

2. ฝ่ายการเงิน

**เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6280

3. ฝ่ายพัสดุ

**เบอร์ติดต่อ :** 0 2590 6104





**ตัวชี้วัดที่ 3.7 ระดับความสำเร็จของการจัดทำรายงานการควบคุมภายใน**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)**

**คำอธิบาย :**

- ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 63 วรรคสาม บัญญัติให้รัฐต้องรักษาวินัยการเงินการคลังเพื่อให้ฐานะทางการเงินการคลังมีเสถียรภาพมั่นคงและยั่งยืน โดยกฎหมายว่าด้วยวินัยการเงินการคลังต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกรอบการดำเนินการคลัง งบประมาณ วินัยรายได้ รายจ่าย ทั้งเงินในงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ การรับทรัพย์สิน เงินคงคลังและหนี้สาธารณะ ดังนั้นจึงกำหนดพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 การบัญชี การรายงาน และการตรวจสอบมาตรา 79 ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่งการควบคุมภายในถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยในการดำเนินงานตามภารกิจมีประสิทธิภาพ ประหยัด และช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากการผิดพลาด ความเสียหาย ความสิ้นเปลือง ความสูญเปล่าของการใช้ทรัพย์สิน หรือการกระทำอันเป็นการทุจริต มาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐนี้ ได้จัดทำขึ้นตามมาตรฐานสากลของ The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission : COSO 2013 โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของระบบการบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนด ประเมินและปรับปรุงระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานของรัฐ อันจะทำให้การดำเนินงาน และการบริหารงานของหน่วยงานของรัฐบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายและมีการกำกับดูแลที่ดี
- ความสำเร็จของการควบคุมภายในภาครัฐจะพิจารณาจากความสามารถของหน่วยงานในการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2562

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน
	มีการจัดทำ Flowchart การปฏิบัติงานตามระบบการควบคุมภายในเพื่อประโยชน์สำหรับใช้เป็นคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานใช้ในการควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้บังคับบัญชา
2	มีการจัดทำหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค. 1) ตามหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงาน
3	มีการจัดทำรายงานการประเมินผลองค์ประกอบของการควบคุมภายใน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ (แบบ ปค. 4)
4	มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานภาครัฐ (แบบ ปค. 5)
5	- มีการติดตามประเมินผลความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในระหว่างการปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ตามแบบที่กรมการแพทย์กำหนด แบบติดตาม ปค. 5)

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินและพัสดุ

เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6302

**ตัวชี้วัดที่ 3.8 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ..... (ตามกรณีดังกล่าวข้างต้น)**

**คำอธิบาย:**

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม แต่ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความความต้องการทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในทุกภาคส่วน 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	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> อย่างชัดเจน
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2562 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2562 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 12 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมงประจำปีงบประมาณ 2562 ครบถ้วน 12 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>
5	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2562 ครบถ้วน 12 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>

**หมายเหตุ :**

- เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดแล้วเสร็จสิ้นเดือน พฤศจิกายน ของปีถัดไปจึงทำให้ไม่สามารถให้คะแนนในการประเมินแล้วเสร็จภายในเดือน กันยายน ของปีประเมินได้
- กรณีหน่วยงานในอาคารกรมการแพทย์ ให้ใช้ฐานข้อมูลของกองคลังในการประเมินผล

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กองคลัง**

**ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกองคลัง**

**เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6102**

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินและพัสดุ**

**เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6121**

### ตัวชี้วัดที่ 3.9 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำของหน่วยงาน

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

คำอธิบาย :

**ปริมาณการใช้น้ำ** หมายถึง ปริมาณที่ใช้น้ำผ่านมาตรวัดน้ำ การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาคและปริมาณน้ำที่ใช้จากระบบอื่นๆ ที่มีมาตรวัดน้ำ

**ข้อมูลพื้นฐาน** หมายถึง ข้อมูลการใช้น้ำรายเดือนปี 2559 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 โดยให้หน่วยงานผู้รายงานตัวชี้วัดเป็นผู้รับรองข้อมูล

**เกณฑ์การให้คะแนน** : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ ( Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการทบทวนแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการประหยัดน้ำ หรือมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในคณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน หรือปรับปรุงแผนปฏิบัติการประหยัดน้ำของหน่วยงาน
2	มีการรณรงค์ ปลุกฝังค่านิยม และดำเนินการตามแผน ตลอดจนติดตามประเมินผลและปรับปรุงให้เหมาะสม
3	มีการรายงานข้อมูลผลปริมาณการใช้น้ำและการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำเป็นรายเดือนทางหน้าเว็บไซต์ของสำนักงานเลขานุการกรม
4	มีการรายงานผลการดำเนินการมาตรการประหยัดน้ำของปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน ส่งทางระบบคำรับรองการปฏิบัติราชการ
5	สามารถลดปริมาณการใช้น้ำได้ร้อยละ 10 เทียบกับปริมาณการใช้น้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

หมายเหตุ :

- ❖ หน่วยงานมีปริมาณการใช้น้ำในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้น/ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2559 จะต้องประหยัดน้ำให้ได้ร้อยละ 10
- ❖ หน่วยงานภายในอาคารกรมการแพทย์ โดยใช้คะแนนจากผลประเมินของสำนักงานเลขานุการ
- ❖ หน่วยงานภูมิภาค 5 หน่วยงานที่เริ่มใช้มาตรวัดน้ำ ปี 2561 (ให้ใช้ปริมาณการใช้น้ำในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้น/ลดลง เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2561 จะต้องประหยัดน้ำให้ได้ร้อยละ 10)

แนวทางการประเมินผล :

- คิดเป็นร้อยละการใช้น้ำที่ลดลง โดยเทียบสัดส่วนการใช้น้ำปีฐานปี 2559 กับสัดส่วนการใช้น้ำปี 2562

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักงานเลขานุการกรม

ผู้กำกับตัวชี้วัด : เลขานุการกรม เบอร์ติดต่อ : 02 590 6080

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางกมลชนก สุดใจ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6078

นางสาวอรนิตย์ จงไพบุลย์กิจ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6078

### ตัวชี้วัดที่ 3.10 ระดับความสำเร็จของการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน

น้ำหนัก : ร้อยละ 3

คำอธิบาย :

เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านการปฏิบัติงานที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้มีกระบวนการติดตามผลการตรวจสอบ และหน่วยรับตรวจได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายใน โดยกำหนดตัวชี้วัดเป็น 2 กรณี ได้แก่

กรณีที่ 1 หน่วยงานที่กลุ่มตรวจสอบภายในเข้าตรวจสอบ ตามแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

กรณีที่ 2 หน่วยงานที่กลุ่มตรวจสอบภายในไม่ได้เข้าตรวจสอบ ตามแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีที่ 1 เข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานมีเอกสารประกอบการตรวจสอบครบถ้วนตามรายละเอียดในหนังสือแจ้งกำหนดการเข้าตรวจภายใน
2	หน่วยงานส่งรายงานผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในตามหนังสือสั่งการของอธิบดี ให้กรมการแพทย์ทราบตั้งแต่ 51 วันขึ้นไป นับจากวันที่ได้รับรายงาน
3	หน่วยงานส่งรายงานผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในตามหนังสือสั่งการของอธิบดี ให้กรมการแพทย์ทราบ 41-50 วัน นับจากวันที่ได้รับรายงาน
4	หน่วยงานส่งรายงานผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในตามหนังสือสั่งการของอธิบดี ให้กรมการแพทย์ทราบ 31-40 วัน นับจากวันที่ได้รับรายงาน
5	หน่วยงานส่งรายงานผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในรายงานผลการตรวจสอบภายในตามหนังสือสั่งการของอธิบดี ให้กรมการแพทย์ทราบ 30 วัน นับจากวันที่ได้รับรายงาน

กรณีที่ 1 หน่วยงานที่กลุ่มตรวจสอบภายในเข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562  
จำนวน 22 หน่วยงาน ได้แก่

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. โรงพยาบาลเลิดสิน              | 12. โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง           |
| 2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ          | 13. โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง                |
| 3. โรงพยาบาลสงฆ์                 | 14. สำนักสารสนเทศการแพทย์                                  |
| 4. สถาบันพยาธิวิทยา              | 15. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร                                   |
| 5. สถาบันทันตกรรม                | 16. สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล                               |
| 6. สถาบันประสาทวิทยา             | 17. สำนักงานเลขานุการกรมการแพทย์                           |
| 7. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่  | 18. สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์                                |
| 8. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน | 19. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์              |
| 9. โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุตรธานี   | 20. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 10. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น   | 21. สำนักนิเทศระบบการแพทย์                                 |
| 11. กองคลัง                      | 22. สำนักกฎหมายการแพทย์                                    |

**หมายเหตุ:** ระดับคะแนนที่ 2 ถึงระดับคะแนน 5 การนับจำนวนวันที่ส่งรายงานผล นับรวมวันหยุดราชการ และการนับจากวันที่ได้รับรายงาน หมายถึง วันที่หน่วยงานประทับตราลงรับในหนังสือ

**เกณฑ์การให้คะแนน : กรณีที่ 2 สำหรับหน่วยงานที่ไม่ได้เข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายใน  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**อธิบาย :**

กลุ่มตรวจสอบภายในติดตามรายงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 โดยออกหนังสือติดตามรายงานผลการตรวจสอบภายในที่หน่วยงานยังปฏิบัติตามข้อเสนอแนะไม่แล้วเสร็จ และให้หน่วยงานส่งผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2562

**การพิจารณาระดับคะแนนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ขั้นตอน โดยมีระดับคะแนน ดังนี้**

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลการประเมิน	ไม่ส่งผลการการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	-	-	-	ส่งผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะภายในกำหนด

**กรณีที่ 2 หน่วยงานที่กลุ่มตรวจสอบภายในไม่ได้เข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 21 หน่วยงาน**

- |   |  |
|---|--|
| 1. โรงพยาบาลราชวิถี                     | 13. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี                                     |
| 2. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี               | 14. โรงพยาบาลมะเร็งบ้างปาง   |
| 3. สถาบันโรคผิวหนัง                     | 15. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ         |
| 4. สถาบันโรคทรวงอก                      | 16. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี      |
| 5. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี    | 17. โรงพยาบาลมหาชิรราชลงกรณธัญบุรี                                 |
| 6. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) | 18. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่                                       |
| 7. โรงพยาบาลมะเร็งบ้างบุรี              | 19. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี |
| 8. โรงพยาบาลมะเร็งบ้างบุรี              | 20. สำนักวิชาการแพทย์  |
| 9. โรงพยาบาลมะเร็งบ้างบุรี              | 21. กลุ่มตรวจสอบภายใน  |
| 10. โรงพยาบาลมะเร็งบ้างบุรี             |  |
| 11. โรงพยาบาลมะเร็งบ้างบุรี             |  |
| 12. โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา            |  |

**หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : กลุ่มตรวจสอบภายใน**

**ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน**

**เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6231**

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มตรวจสอบภายใน**

**เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6176/6228**

## มิติที่ 4 ด้านพัฒนาองค์กร

### ตัวชี้วัดที่ 4.1 Digital DMS

น้ำหนัก : ร้อยละ 2

#### คำอธิบาย

กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปรับปรุง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานรัฐ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้เกิดบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ ทั้งระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นในรูปแบบดิจิทัลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่ายและสะดวก ประชาชนรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร และมีทักษะในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล ภาครัฐเสมือนเป็นองค์กรเดียว นอกจากนี้ รัฐบาลดิจิทัลในอนาคตจะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ การบริหาร บ้านเมือง และเสนอความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของภาครัฐ

#### เกณฑ์การประเมินผล :

ประเด็น	รายละเอียด
1	มีแนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy) พร้อมรายงานผลดำเนินการตามแนวปฏิบัติฯ
2	มีแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ พร้อมรายงานผลดำเนินการตามแนวปฏิบัติฯ
3	มีการดำเนินงานด้าน Digital Literacy เพื่อพัฒนาสมรรถนะและความสามารถของบุคลากรที่ปฏิบัติด้าน IT ของหน่วยงาน
4	มีการจัดเก็บข้อมูลทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานด้วยระบบ HRIS (สำหรับสถานพยาบาล) ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบ DPIS ของกรมการแพทย์
5	มีการใช้งานสารบรรณร่วมกันผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Office)

#### เกณฑ์การให้คะแนน :

พิจารณาจากจำนวนประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

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

#### แนวทางประเมินผลและหลักฐาน

- แนวปฏิบัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงาน
- แนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศของหน่วยงาน
- รายงานการพัฒนาสมรรถนะและความสามารถของบุคลากรที่ปฏิบัติด้าน IT ของหน่วยงาน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: สำนักสารสนเทศการแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศการแพทย์

เบอร์ติดต่อ : 02590 6316

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายชัยวัฒน์ คารวะพิทยากุล

เบอร์ติดต่อ : 02590 6392



## ตัวชี้วัดที่ 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล

### ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

น้ำหนัก : ร้อยละ 1

คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ พิจารณาจากการดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการตั้งแต่ระดับองค์กรจนถึงระดับรายบุคคล การดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์การเลื่อนเงินเดือนตามระยะเวลา และการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยส่งสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจ ให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2562\*

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ(Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดแต่ละระดับ

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการดำเนินการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการระดับรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน โดยให้แสดงแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคล รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2561 – 31 มี.ค. 2562) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2562 – 30 ก.ย. 2562)
2	มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและการประเมินสมรรถนะในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการโดยให้แสดงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคล รอบที่ 1 (1 ต.ค. 2561 – 31 มี.ค.2562) และ รอบที่ 2 (1 เม.ย. 2562 – 30 ก.ย. 2562) ส่งให้กรมการแพทย์
3	ผู้บังคับบัญชาผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการแจ้งผลการประเมินให้ผู้ใต้บังคับบัญชาที่ถูกประเมินทราบเป็นรายบุคคล โดยแสดงหลักฐานการแจ้งผลให้ทราบ
4	ส่งคำขอการเลื่อนเงินเดือนได้ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด ทั้ง 2 รอบการประเมินฯ โดยยึดถือตามวันที่ลงรับเรื่องของสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล
5	มีการดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบสมรรถนะ โดยมีผลการสำรวจความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 *

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6200

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวกัลยารัตน์ สาริกานนท์

เบอร์ติดต่อ : 02 590 6205

## ตัวชี้วัดที่ 4.2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)

น้ำหนัก: ร้อยละ 1

คำอธิบาย :

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

ขั้นที่ 1 การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ตามรอบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ขั้นที่ 2 นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงาน/โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard)

ขั้นที่ 3 สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ให้ทุกหน่วยงาน ดำเนินการตามแผน

ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความก้าวหน้าการดำเนินการ โดยหน่วยงานส่งรายงานฯ ให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ขั้นที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 9 ด้าน) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model)

**บุคลากร** หมายถึง ข้าราชการพลเรือน ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

**เกณฑ์การให้คะแนน :** ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ตามรอบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงาน/โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard)
3	สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ให้ทุกหน่วยงาน ดำเนินการตามแผน
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความก้าวหน้าการดำเนินการ (ส่งสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562)
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 9 ด้าน) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) (ส่งสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 15 กันยายน 2562)

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล: ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์ติดต่อ : 02 590 6161

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและสวัสดิการ เบอร์ติดต่อ : 02 590 6148

### ตัวชี้วัดที่ 4.3 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)

น้ำหนัก : ร้อยละ 1

คำอธิบาย :

ระบบติดตามและประเมินผลขององค์การ CARE (Monitoring & Evaluation System) การติดตามประเมินผล ทำขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศ หรืออีกนัยหนึ่ง ระบบติดตามและประเมินผล คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (information system)

การติดตามผล (Monitoring) คือ การรวบรวมและบริหารจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตัวชี้วัด ความสำเร็จของโครงการ โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินงานโครงการ แบ่งการติดตามผลได้เป็น 4 ประเภทหลัก ดังนี้

1. การติดตามองค์กร (Institutional monitoring) : เป็นการติดตามปัจจัยนำเข้า เช่น งบประมาณเพื่อดูเส้นทางการจัดสรรและการเบิกจ่าย ติดตามทางกายภาพ (physical monitoring) ซึ่งเป็นการติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมในเชิงปริมาณและเวลา
2. การติดตามบริบท/ปัจจัยแวดล้อม (Context monitoring)
3. การติดตามผลของโครงการ (Results monitoring): ผลของโครงการมีทั้งผลกระทบระยะสั้น (effect) ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายของโครงการ และผลกระทบระยะยาว (impact) ที่เกิดขึ้นในวงกว้างเช่น ระดับครัวเรือน ระดับชุมชน
4. การติดตามวัตถุประสงค์ (Objectives monitoring)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	รายละเอียด
1	มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิรูปขององค์กร ให้สอดคล้อง/สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิรูปของกรมการแพทย์และมีกระบวนการถ่ายทอดแผนปฏิบัติสู่บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
2	-
3	- มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง Enterprise Risk Management - มีการเสนอแผนค่าของงบประมาณและเงินนอกงบประมาณตามกรอบระยะเวลาและเกณฑ์ข้อกำหนด - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน เพื่อใช้ติดตามผลแผนการดำเนินงาน
4	-
5	มีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์หน่วยงาน แผนปฏิรูปหน่วยงาน และแผนบริหารความเสี่ยง ส่งสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์

แนวทางการประเมินผลและหลักฐานอ้างอิง :

- รอบ 6 เดือน
  1. แผนยุทธศาสตร์หน่วยงาน (ตามแบบฟอร์มของสำนักยุทธศาสตร์ฯ) และรายงานการประชุมประจำเดือนของผู้บริหารหน่วยงาน
  2. แผนปฏิรูปหน่วยงาน (ตามแบบฟอร์มของสำนักยุทธศาสตร์)
  3. แผนบริหารความเสี่ยง Enterprise Risk Management (ตามแบบฟอร์มของสำนักยุทธศาสตร์ฯ)
  4. เอกสารค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามหลักเกณฑ์
  5. ส่งแผนปฏิบัติการให้สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ และรายงานผลการดำเนินงาน

● รอบ 12 เดือน

1. รายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และรายงานการประชุมประจำเดือนของผู้บริหารหน่วยงาน
2. รายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามแผนปฏิรูป
3. รายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามแผนบริหารความเสี่ยง
4. เอกสารคำขอเงินนอกงบประมาณตามหลักเกณฑ์
5. บันทึกแผนปฏิบัติการ (ที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติม) และรายงานผลการดำเนินงาน

หน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามและประเมินผล : สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์

ผู้กำกับตัวชี้วัด : ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6338,6350

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : กลุ่มงานนโยบายและประเมินผล เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6351

กลุ่มงานแผนงาน เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6337

กลุ่มงานงบประมาณและเงินบำรุง เบอร์ติดต่อ : 0 2590 6337



# ภาคผนวก



## แบบฟอร์มประกอบตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ

### แบบฟอร์มบทสรุปสาระสำคัญของผลงานที่เสนอรางวัล

ชื่อหน่วยงาน .....

ผู้ประสานงาน .....

โทรศัพท์ ..... E-Mail.....

ชื่อผลงาน .....

- ประเภทรางวัล
- รางวัลภาพรวมมาตรฐานการบริการที่เป็นเลิศ
  - รางวัลบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ
  - รางวัลนวัตกรรมการบริการที่เป็นเลิศ
  - รางวัลพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ
  - รางวัลพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลงานโดยย่อ :

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

เป้าหมายการพัฒนา :

.....

ตัวชี้วัด :

.....

วิธีการดำเนินงาน :

.....

ผลลัพธ์การดำเนินการ :

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ :

.....



## แบบสอบถามประกอบตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

### แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงตามระดับความพึงพอใจของท่าน โดยแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่นๆ

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1) เพศ

1) ชาย

2) หญิง

2) อายุ

1) 18 - 24 ปี

2) 25 - 31 ปี

3) 32 - 38 ปี

4) 39 - 45 ปี

5) 46 - 52 ปี

6) 53 - 60 ปี

3) สถานภาพ

1) โสด

2) สมรส

3) หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4) ระดับการศึกษาสูงสุด

1) ต่ำกว่าปริญญาตรี

2) ปริญญาตรี

3) สูงกว่าปริญญาตรี

5) รับราชการประเภท

ข้าราชการ

พนักงานราชการ

ลูกจ้างประจำ

ลูกจ้างชั่วคราว

6) ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน.....

ประเภทและระดับตำแหน่ง

1) ทั่วไป

1) ปฏิบัติงาน

2) ชำนาญงาน

3) อาวุโส

2) วิชาการ

1) ปฏิบัติการ

2) ชำนาญการ

3) ชำนาญการพิเศษ

4) เชี่ยวชาญ

5) ทรงคุณวุฒิ

3) อำนวยการ

1) ตัน

2) สูง

4) บริหาร

1) ตัน

2) สูง

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

**ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของกรมการแพทย์**

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด  
ซึ่งมีค่า คะแนนดังนี้

พอใจมากที่สุด = 5    พอใจมาก = 4    พอใจปานกลาง = 3    พอใจน้อย = 2    พอใจน้อยที่สุด = 1

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

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

**ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่นๆ**

**3.1 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อหลักเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ**

1. ....
2. ....
3. ....

**3.2 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อการประเมินผลในการปฏิบัติราชการ**

1. ....
2. ....
3. ....

**3.3 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อการจัดสรรสิ่งจูงใจในระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ**

1. ....
2. ....
3. ....

**3.4 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่อระบบการแจ้งผลเพื่อการปรับปรุงในปฏิบัติงาน**

1. ....
2. ....
3. ....

\*\*\*\*\* ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม\*\*\*\*\*

## แบบฟอร์มตัวชี้วัดที่ 4.3 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์

กรอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์หน่วยงานพ.ศ. 2562 (ระยะที่ 1 ปฏิรูประบบ พ.ศ. 2560 - 2564)

### 1. วิสัยทัศน์ (Vision)

- 1.1 วิสัยทัศน์ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)
- 1.2 ตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)
- 1.3 วิสัยทัศน์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)
- 1.4 ตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)

### 2. พันธกิจตามยุทธศาสตร์ (Mission)

### 3. เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

#### เป้าประสงค์ (Outcome Goals) + ตัวชี้วัด

- 1.
- 2.
- ฯลฯ

### 4. เชื่อมโยง ปี พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัดเชื่อมโยง พ.ศ. 2562

### 5. ยุทธศาสตร์ (Strategies)

### 6. แผนงาน/โครงการ (Program/Projects+ตัวชี้วัด)

- แผนงานที่ 1 .....
- 1.1 โครงการ.....
    - 1.1.1 ตัวชี้วัด.....
  - 1.2 โครงการ.....
    - 1.2.1 ตัวชี้วัด.....
- แผนงานที่ 2 .....
- 2.1 โครงการ.....
    - 2.1.1 ตัวชี้วัด.....
  - 2.2 โครงการ.....
    - 1.2.1 ตัวชี้วัด.....

### 7. ความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์

### 8. แผนที่ยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564 (ทบทวน พ.ศ. 2562)





๘๘/๒๓ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๖๑๓๕-๙ โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๓๔  
e-mail : [psd.dms.moph@hotmail.com](mailto:psd.dms.moph@hotmail.com)  
<http://www.dms.moph.go.th/psd>



Line @ ก.ท.ส.