

มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล

<p>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)</p>		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
<p>ชื่อตัวชี้วัด : 1.1 ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)</p>														
<p>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งคลบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 นายยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452 		<p>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</p> <p>นายอิทธิฤทธิ์ คำฟอง (คณะกรรมการจัดทำ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ 7897</p>												
<p>คำอธิบาย :</p> <p>“นโยบาย” หมายถึง แนวทาง กฎเกณฑ์ วิธีการ กลยุทธ์ กลวิธี ที่กำหนดขึ้นเป็นเครื่องมือเครื่องใช้ที่จะทำให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติหรือเป็นตัวชี้นำ อันจะนำไปสู่การดำเนินงาน การบริหารงานที่มีเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเหมาะสม โดยเกิดจากความต้องการของรัฐหรือหน่วยงานที่ผู้บริหารสูงสุดมองเห็นผลสำเร็จของนโยบายว่าหากปฏิบัติแล้วจะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่อนาคตที่ดีกว่าในปัจจุบัน ตัวชี้วัดนี้จึงแสดงถึง ผลสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) โดยใช้กระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารจัดการที่จะพัฒนางานที่ดำเนินการอยู่ให้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอแนะต้องเป็นข้อเสนอที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิผลและไม่เป็นข้อเสนอที่เป็นแผนปฏิบัติการในประเด็นเล็กๆน้อยๆจึงควรประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ คือ ข้อมูลและความรู้ที่ดี และกระบวนการวางแผนงานนโยบายที่ดี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรรวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่จะผลักดันนโยบายนั้นให้ที่ยอมรับและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนจนถึงการเป็นนโยบายระดับชาติต่อไป</p>														
<p>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์ที่กำหนด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>กำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด	1	มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับหน่วยงาน	2	มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง	3	กำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	4	มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น	5	ร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด													
1	มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับหน่วยงาน													
2	มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง													
3	กำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย													
4	มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้น													
5	ร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย													
<p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1	2	3	4	5		
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
1	2	3	4	5										

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย (Policy Advocacy)	10	ระดับ 5	5.0000	0.5000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2. มีการศึกษาข้อมูล/ทบทวนผลการดำเนินงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง ปี 2559
3. กำหนดหัวข้อเรื่อง/วางรูปแบบการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ/การคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติหรือการติดตามประเมินผลกระทบ
ที่จะเกิดขึ้น

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. เป็นนโยบายกรมการแพทย์ในการพัฒนาหน่วยงานให้มีความสามารถในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
2. ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. บุคลากรยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
2. ประเด็นในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ยังขาดข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

1. พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะและประสบการณ์ในการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
2. มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ศึกษา วิจัย ประเด็นที่จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์เพียงพอ

หลักฐานอ้างอิง :

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2. เอกสารวิเคราะห์และระบุประเด็นที่จะจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด : 1.2 ทิศทางงานวิชาการเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560 3. นายยุพา ศรันยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514 4. นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุรินทร์ อวดร่าง (กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ 7897
คำอธิบาย : <p>พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์คือ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์จึงจะเป็นประโยชน์ส่วนหนึ่งต่อการพัฒนาประเทศ ประกอบกับรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบาย Thailand 4.0 และกรมการแพทย์ได้จัดทำและปรับแผนยุทธศาสตร์วิชาการกรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มียุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) การพัฒนาสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มศักยภาพด้านบริการและวิชาการให้ได้นั้น มีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาที่สำคัญ คือ หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนงานวิชาการที่ชัดเจน และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้</p>		
ข้อมูลผลการดำเนินงาน : องค์ประกอบที่ 1 – การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 35)		
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
1	จัดตั้งคณะกรรมการ/กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่มีลักษณะคล้ายๆ กันเพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน	
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ	
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ มีผลผลิตเป็นงานวิชาการ โดยมีระบบการบริหารจัดการงานวิชาการ	
4	วิเคราะห์ผลความสำเร็จงานวิชาการของหน่วยงานที่สามารถวัดได้เป็นรูปธรรม (ผลผลิตงานวิชาการ 3 - 5 ปีที่ผ่านมา)	
5	วิเคราะห์ผลกระทบงานวิชาการของหน่วยงานที่สามารถวัดได้เป็นรูปธรรมและมีผลกระทบต่อสาธารณะ (ผลผลิตงานวิชาการมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา)	

องค์ประกอบที่ 2 – ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิชาการ
2	มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการตามประเภทของงานวิชาการ
3	มีโครงการงานวิจัยของประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2559)
4	มีโครงการงานวิจัยของประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2560 นับโครงการต่อเนื่องได้)
5	มีโครงการงานวิจัยของประมาณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 โครงการ (ของปี 2561)

องค์ประกอบที่ 3 - การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและหน่วยงานอื่น</u>
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอ</u> ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 1 โครงการ</u>)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 2 โครงการ</u>) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 3 โครงการ</u>) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ

องค์ประกอบที่ 4 - การพัฒนารูปแบบงานวิชาการเพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

4.1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้การบริการทางการแพทย์มีคุณภาพและเหมาะสมบน พื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพ (น้ำหนัก ร้อยละ 5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	เสนอหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในประเด็นที่สำคัญ
2	ใช้กระบวนการดำเนินการโดยมีการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Systematic searching) อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Medicine, EBM) ที่เป็นปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูล (analysis) และสังเคราะห์ข้อมูล (synthesis)
3	จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยมีการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือมาตรฐาน อาทิ Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II, AGREE II และมีการประชาพิจารณ์หรือทบทวนผล (peer review) จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4	มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่กลุ่มผู้ใช้ในระดับต่างๆ และติดตามประเมินผลการนำไปใช้
5	นำเสนอให้ผู้บริหารทราบผลลัพธ์ของการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

4.2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development) เพื่อการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ (น้ำหนักร้อยละ 5)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	เสนอหัวข้อการพัฒนารูปแบบ (Model Development) ตามปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่รับผิดชอบ
2	พัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัย
3	นำรูปแบบที่ได้ทดลองโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม อาทิ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และมีการประเมินผล
4	นำรูปแบบที่ได้ขยายการใช้ในพื้นที่เป้าหมาย และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการ
5	นำเสนอให้ผู้บริหารทราบผลลัพธ์ของการติดตามและประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 5)

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5.00	5.01 – 10.00	10.01 – 15.00	15.01 – 20.00	20.01 – 25.00

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ทิศทางการวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์	25	18.50	4.0000	1.0000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ

1. จัดตั้งคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และจัดตั้งกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีเพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน (เอกสารแนบ1)
2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนงานของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ โดยกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลมะเร็งลพบุรี 5 ปี(2560-2564) (เอกสารแนบ2)
3. ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ มีผลผลิตเป็นงานวิชาการ โดยมีระบบบริหารจัดการงานวิชาการ จำนวน 38 เรื่อง (เอกสารแนบ3)
4. วิเคราะห์ผลความสำเร็จงานวิชาการของหน่วยงานที่สามารถวัดได้เป็นรูปธรรม (ผลผลิตงานวิชาการ 3-5ปีที่ผ่านมา) (เอกสารแนบ4)
5. วิเคราะห์ผลกระทบงานวิชาการของหน่วยงานที่สามารถวัดได้เป็นรูปธรรมและมีผลกระทบต่อสาธารณะ (ผลผลิตงานวิชาการมากกว่า 5 ปีที่ผ่านมา) (เอกสารแนบ5)

องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริหารงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

1. มีระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิชาการ โดยมีการฝึกอบรมแก่บุคลากรให้มีทักษะการวิจัย มีห้องสมุดและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสืบค้นข้อมูลและเผยแพร่งานวิชาการ และติดตามงานวิจัยที่ผ่านคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุก 3 เดือน
2. มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการตามประเภทของงานวิชาการ โดยการนำเสนองานวิจัยผ่านคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และมีการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัย

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์

1. ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงาน จำนวน 38 เรื่อง (เอกสารแนบ6)
2. ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้เชิงพาณิชย์ จำนวน 5 เรื่อง (เอกสารแนบ7)
3. ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้เชิงพาณิชย์ จำนวน 5 เรื่อง (เอกสารแนบ7)
4. ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้เชิงพาณิชย์ จำนวน 5 เรื่อง โดยเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ (เอกสารแนบ7)

องค์ประกอบที่ 4 การพัฒนารูปแบบงานวิชาการเพื่อนำไปใช้พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์

4.1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้การบริการทางการแพทย์มีคุณภาพและเหมาะสมบนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพ

1. เสนอหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในประเด็นที่สำคัญ จำนวน 5 หัวข้อ (เอกสารแนบ8)
2. ใช้กระบวนการดำเนินการโดยมีการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Systematic searching) อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Medicine, EBM) ที่เป็นปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูล (analysis) และสังเคราะห์ข้อมูล (synthesis)
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยมีการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และมีการทบทวนผล (peer review) จำนวน 5 เรื่อง (เอกสารแนบ8)

4.2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development) เพื่อการพัฒนาการบริการทางการแพทย์

1. เสนอหัวข้อการพัฒนารูปแบบ (Model Development) ตามปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่รับผิดชอบ จำนวน 2 เรื่อง (เอกสารแนบ9)
2. พัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง (เอกสารแนบ9)
3. นำรูปแบบที่ได้ทดลองโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) จำนวน 1 เรื่อง (เอกสารแนบ9)

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ

1. ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน จำนวน 1 เรื่อง (เอกสารแนบ10)
2. ผลงานวิชาการของหน่วยงานตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ จำนวน 1 เรื่อง (เอกสารแนบ10)
3. ปี2560 มีผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ จำนวน 5 เรื่อง (เอกสารแนบ10)
4. ปี2560 มีผลงานวิชาการของหน่วยงานตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ จำนวน 1 เรื่อง (เอกสารแนบ10)
5. ปี2560 มีผลงานวิชาการของหน่วยงานตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ จำนวน 1 เรื่อง (เอกสารแนบ10)

องค์ประกอบที่ 1 ได้ระดับคะแนน 3 เทียบระดับความสำเร็จ = $5 \times 1.75 = 8.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ได้ระดับคะแนน 2 เทียบระดับความสำเร็จ = $2 \times 1.00 = 2.00$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ได้ระดับคะแนน 3 เทียบระดับความสำเร็จ = $5 \times 1.00 = 5.00$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 4.1 ได้ระดับคะแนน 2 เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.50 = 0.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 4.2 ได้ระดับคะแนน 2 เทียบระดับความสำเร็จ = $3 \times 0.50 = 0.75$ คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 ได้ระดับคะแนน 3 เทียบระดับความสำเร็จ = $5 \times 0.25 = 1.25$ คะแนน

คะแนนรวมทั้ง 5 องค์ประกอบ = 18.50 คะแนน

ดังนั้น ระดับความสำเร็จรวมเป็น 4

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. เป็นนโยบายกรรมการแพทย์ในการพัฒนาหน่วยงานให้มีความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการ
2. ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการผลิตผลงานวิชาการ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. บุคลากรยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการผลิตผลงานวิชาการ
2. ประเด็นในการผลิตผลงานวิชาการ ยังไม่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

1. พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะและประสบการณ์ในการผลิตผลงานวิชาการ
2. ส่งเสริมให้มีการผลิตผลงานวิชาการ ในทุกระดับของการปฏิบัติงาน

หลักฐานอ้างอิง :

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็ंगลพบุรี (เอกสารแนบ1)
2. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลมะเร็ंगลพบุรี 5 ปี (2560-2564) (เอกสารแนบ2)
3. ผลงานวิชาการ (เอกสารแนบ 3-10, วิจัยตีพิมพ์)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
ชื่อตัวชี้วัด : 1.3 ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อ เครือข่ายเขตสุขภาพ													
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514 4. นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางหทัยา ศิริจิตวานนท์ (เลขาคณะกรรมการบริหารนโยบาย และยุทธศาสตร์การแพทย์ :Service Plan) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ 7529												
คำอธิบาย : <p style="text-align: center;">เครือข่ายเขตสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์เฉพาะทาง และสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในสาขาที่ได้รับการพัฒนา โดยหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์</p>													
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ระดับคะแนน</th> <th style="width: 85%;">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>มีการศึกษาความต้องการด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) ของเขตสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>มีการทบทวนแผนงานการดำเนินงานสนับสนุนเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของเขตสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ร้อยละ 50</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ทุกประเด็น</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการศึกษาความต้องการด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) ของเขตสุขภาพ	2	มีการทบทวนแผนงานการดำเนินงานสนับสนุนเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของเขตสุขภาพ	3	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ร้อยละ 50	4	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	5	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ทุกประเด็น	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีการศึกษาความต้องการด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) ของเขตสุขภาพ												
2	มีการทบทวนแผนงานการดำเนินงานสนับสนุนเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของเขตสุขภาพ												
3	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ร้อยละ 50												
4	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70												
5	จัดกิจกรรมสนับสนุนด้านบริการ และวิชาการ (Technical Support) แก่เขตสุขภาพได้ทุกประเด็น												
เกณฑ์การให้คะแนน :													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">ระดับ 1</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 2</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 3</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 4</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1	2	3	4	5			
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5									
1	2	3	4	5									
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="width: 10%;">น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th style="width: 15%;">ผลการดำเนินงาน</th> <th style="width: 15%;">ค่าคะแนนที่ได้</th> <th style="width: 15%;">ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">ระดับ 5</td> <td style="text-align: center;">5.0000</td> <td style="text-align: center;">0.5000</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก	ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ	10	ระดับ 5	5.0000	0.5000			
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก									
ระดับความสำเร็จของการตอบสนองความต้องการด้านวิชาการ (Technical support) ต่อเครือข่ายเขตสุขภาพ	10	ระดับ 5	5.0000	0.5000									

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ 1. มีการสำรวจความต้องการด้านวิชาการกับเครือข่ายเขตสุขภาพ 2. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อตอบสนองความต้องการเครือข่าย จำนวน 3 โครงการ ดำเนินการสำเร็จทั้งหมด
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : 1. ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์ และเงินบำรุงโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 2. ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตพื้นที่บริการสุขภาพ
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :
หลักฐานอ้างอิง : แผนงาน/โครงการเพื่อตอบสนองความต้องการของเครือข่าย

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน										
ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ตัวชี้วัดตามภารกิจหลักของกรม ตามแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข / แผนยุทธศาสตร์กรม และตัวชี้วัดระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) ตัวชี้วัดที่ 1.4.6 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (1) โครงการโรงพยาบาลศูนย์กลางความเป็นเลิศในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็ง												
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514 4. นายมงคล ทองแม่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววันวิสา มังกรเพชร (เลขาคณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ 173										
คำอธิบาย : <p>ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง หมายถึง การแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง การพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ตามองค์ประกอบในการพัฒนา 7 องค์ประกอบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 2. การฝึกอบรม ถ่ายทอด (Training) 3. การบริการตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) 4. การรับส่งต่อ (Referral) 5. การเป็นศูนย์อ้างอิง (Reference) 6. การพัฒนานโยบาย (Policy Advocacy / National Body) 7. การสร้างเครือข่ายวิชาการ (Network) 												
ข้อมูลผลการดำเนินงาน : คำอธิบาย <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนการพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence) 2. อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผน 3. กำหนดการติดตามผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน 4. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน 5. สรุปและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแผน 												
เกณฑ์การให้คะแนน : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จัดทำแผนพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence)</td> <td>มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</td> <td>มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</td> <td>มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</td> <td>มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	จัดทำแผนพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence)	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5								
จัดทำแผนพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Center of Excellence)	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	มีการดำเนินการตามแผนได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80								

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์การแพทย์ เฉพาะทาง (Center of Excellence)	8	ระดับ 5	5.0000	0.4000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. วิเคราะห์ข้อมูลองค์กรเพื่อระบุประเด็นการพัฒนาตาม 7 องค์ประกอบของการเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง
2. นำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแผนการพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง
3. ดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
4. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอต่อการบริหารจัดการด้านบริหาร บริการ และวิชาการ
2. ได้รับการจัดสรรอัตรากำลังเพียงพอต่อภาระงานด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลในแต่ละปีไม่เพียงพอ ทั้งงบดำเนินงานและงบลงทุน ทั้งๆที่ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงมาก
2. จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงานและปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี
3. ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ด้านการศึกษาวิจัย และการถ่ายทอดองค์ความรู้

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง :

รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

<p>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)</p>		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน
<p>ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ตัวชี้วัดตามภารกิจหลักของกรม ตามแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข / แผนยุทธศาสตร์กรม และตัวชี้วัดระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) ตัวชี้วัดที่ 1.4.6 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (2) โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กรสุขภาพระดับชาติ</p>		
<p>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514 4. นายมงคล ทองแม่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452 		<p>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</p> <p>นางสาววันวิสา มังกรเพชร <small>(เลขาคณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง)</small> โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ 173</p>
<p>คำอธิบาย :</p> <p>การพัฒนาองค์กรมุ่งสู่การเป็นองค์กรระดับชาติ (National Health Authority: NHA) โดยมีการพัฒนาข้อเสนอการปรับบทบาทและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งเป็นระบบย่อย 4 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการควบคุมและการป้องกันโรค ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ใน 11 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ (Strategy) 2) การสร้างและการจัดการความรู้ (KM) 3) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (TA) 4) การกำหนดและรับรองมาตรฐานต่างๆ (Service Standard) 5) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Surveillance) 6) พัฒนากลไกด้านกฎหมาย (Law & Regulate) 7) พัฒนาสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ (Regional Health/Global & International Health) 8) การกำกับดูแล ติดตามประเมินผล (M&E) 9) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ (Financing) 10) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว (Information) 11) การกำหนดนโยบายและกำลังคนด้านสุขภาพ (HR) 		
<p>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</p> <p>เป้าหมายปี 2560 ผ่านเกณฑ์ 4 ข้อ คือ Strategy / KM / TA / Service Standard</p> <p>คำอธิบาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง รับผิดชอบในการจัดทำแผนการพัฒนาระบบสุขภาพ 2. จัดทำแผนการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นองค์กรระดับชาติ 3. อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผน 4. กำหนดการติดตามผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน 5. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผน 6. สรุปและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแผน 		

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	จัดทำแผนการ พัฒนาองค์กรมุ่งสู่ การเป็นองค์กร ระดับชาติ (National Health Authority: NHA)	มีการดำเนินการ ตามแผนได้ไม่น้อย กว่าร้อยละ 50	มีการดำเนินการ ตามแผนได้ไม่น้อย กว่าร้อยละ 60	มีการดำเนินการ ตามแผนได้ไม่น้อย กว่าร้อยละ 70

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลตาม เกณฑ์องค์กรสุขภาพระดับชาติ (National Health Authority: NHA)	8	5	5.0000	0.4000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

- วิเคราะห์ข้อมูลองค์กรเพื่อระบุประเด็นการพัฒนาตาม 4 ประเด็นการพัฒนาเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ในเป้าหมาย
ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ได้แก่ Strategy / KM / TA / Service Standard
- นำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ
- ดำเนินงานตามแผน และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- สรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอต่อการบริหารจัดการด้านบริหาร บริการ และวิชาการ
- ได้รับการจัดสรรอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการบริหารจัดการด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลในแต่ละปีไม่เพียงพอ ทั้งงบดำเนินงานและงบลงทุน ทั้งๆที่ต้นทุนค่า
รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงมาก
- จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงานและปริมาณผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี
- ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ด้านการศึกษาวิจัย และการถ่ายทอดองค์ความรู้

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :**หลักฐานอ้างอิง :**

รายงานสรุปผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ (National Health Authority : NHA) 4
ประเด็นการพัฒนาเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ในเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ได้แก่ Strategy / KM / TA / Service
Standard

<p>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)</p>		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
<p>ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ตัวชี้วัดตามภารกิจหลักของกรม ตามแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข / แผนยุทธศาสตร์กรม และตัวชี้วัดระหว่างกรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) ตัวชี้วัดที่ 1.4.6 โครงการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน (3) โครงการพัฒนาระบบส่งต่อ</p>														
<p>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</p> <p>1.นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 2.นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514</p>		<p>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</p> <p>เลขาคณะกรรมการด้านหน้า (นางฉวีวรรณ เจริญสม) โทรศัพท์ : 036-621800ต่อ 7529</p>												
<p>คำอธิบาย :</p> <p>การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ขั้นสูงตร เป็นต้น</p>														
<p>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>จัดทำแผนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>จัดประชุม/นิเทศติดตามการใช้แผนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	จัดทำแผนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ	2	จัดประชุม/นิเทศติดตามการใช้แผนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง	3	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	4	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	5	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	จัดทำแผนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ													
2	จัดประชุม/นิเทศติดตามการใช้แผนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง													
3	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30													
4	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40													
5	ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับ-ส่งต่อ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50													
<p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1	2	3	4	5		
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
1	2	3	4	5										
<p>การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม online</td> <td>9</td> <td>ระดับ 5</td> <td>5.0000</td> <td>0.4500</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม online	9	ระดับ 5	5.0000	0.4500		
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก										
ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม online	9	ระดับ 5	5.0000	0.4500										
<p>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนการรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับเขตบริการสุขภาพ เขต 4 2. จัดประชุม/นิเทศติดตามการใช้แผนรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง 3. มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ผ่านระบบรับส่งต่อ ร้อยละ 52.08 														

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : ได้รับการสนับสนุนงบดำเนินงานจาก สปสช.เขต4
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมีจำนวน 1-2 คน พื้นที่ในความรับผิดชอบมีทั้งสิ้น 16 จังหวัด จึงทำให้การใช้ระบบรับส่งต่อยังไม่ทั่วถึง
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
ชื่อตัวชี้วัด : 2.1 Digital DMS														
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7560	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายเทวฤทธิ์ ช่างบุญนะ (เลขาธิการกรมการวิเคราะห์และออกแบบระบบสารสนเทศโรงพยาบาล) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7489													
คำอธิบาย : ดิจิทัลดีเอ็มเอส (Digital DMS) หมายถึง กรมการแพทย์ที่สามารถสร้างสรรค์ และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเต็มศักยภาพในการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐาน นวัตกรรม ข้อมูล ทุนมนุษย์ และทรัพยากรอื่นใด เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์ของประเทศ กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปรับปรุง ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานรัฐ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้เกิดบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์ความรู้ ทั้งระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นในรูปแบบดิจิทัลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่ายและสะดวก ประชาชนรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร และมีทักษะในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล ภาครัฐเสมือนเป็นองค์กรเดียว นอกจากนี้ รัฐบาลดิจิทัลในอนาคตจะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ การบริหาร บ้านเมือง และเสนอความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของภาครัฐ														
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td>เว็บไซต์มีเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td>เว็บไซต์มีความน่าสนใจ</td> </tr> <tr> <td align="center">3</td> <td>เว็บไซต์มีการให้บริการ e-Service อย่างน้อย 1 บริการ</td> </tr> <tr> <td align="center">4</td> <td>เว็บไซต์มีการให้บริการ e-Service อย่างน้อย 2 บริการ</td> </tr> <tr> <td align="center">5</td> <td>มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	เว็บไซต์มีเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน	2	เว็บไซต์มีความน่าสนใจ	3	เว็บไซต์มีการให้บริการ e-Service อย่างน้อย 1 บริการ	4	เว็บไซต์มีการให้บริการ e-Service อย่างน้อย 2 บริการ	5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	เว็บไซต์มีเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน													
2	เว็บไซต์มีความน่าสนใจ													
3	เว็บไซต์มีการให้บริการ e-Service อย่างน้อย 1 บริการ													
4	เว็บไซต์มีการให้บริการ e-Service อย่างน้อย 2 บริการ													
5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560													
เกณฑ์การให้คะแนน :														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">ระดับ 1</th> <th style="width:20%;">ระดับ 2</th> <th style="width:20%;">ระดับ 3</th> <th style="width:20%;">ระดับ 4</th> <th style="width:20%;">ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> <td align="center">4</td> <td align="center">5</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1	2	3	4	5
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
1	2	3	4	5										
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:45%;">ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th style="width:10%;">น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th style="width:15%;">ผลการดำเนินงาน</th> <th style="width:15%;">ค่าคะแนนที่ได้</th> <th style="width:15%;">ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Digital DMS</td> <td align="center">4</td> <td align="center">ระดับ 4</td> <td align="center">4.0000</td> <td align="center">0.1600</td> </tr> </tbody> </table>					ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	Digital DMS	4	ระดับ 4	4.0000	0.1600
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก										
Digital DMS	4	ระดับ 4	4.0000	0.1600										

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ 1. จัดทำเว็บไซต์ที่มีเนื้อหาตอบสนองความต้องการของประชาชน และมีรูปแบบสวยงาม 2. จัดให้มีบริการ e-Service ได้แก่ บริการรับส่งผู้ป่วยโรคมะเร็ง , ศูนย์รับข้อร้องเรียน , ขั้นตอนการให้บริการ , ตารางนัดตรวจสุขภาพ , บทความวิชาการที่ให้ความรู้โรคมะเร็ง
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารประกอบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 2.2 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการ					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7514	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางฉวีวรรณ เจริญสม (เลขาธิการกรรมการด้านหน้า) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7529				
คำอธิบาย : <ul style="list-style-type: none"> ● ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2556 – 2561 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภาครัฐให้สามารถตอบสนองต่อสังคมและความต้องการของประชาชนผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ “การสร้างความเป็นเลิศในการให้บริการประชาชน (Service Excellence)” โดยให้หน่วยงานภาครัฐในฐานะผู้ให้บริการหลักแก่ประชาชน ต้องมีการปรับตัวและพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพการบริการทั้งเรื่องรูปแบบและการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาในการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ คุณภาพของบริการที่ส่งมอบ ความโปร่งใสในการให้บริการ และค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และการส่งมอบบริการที่เป็นที่ยอมรับได้มาตรฐาน ในรูปแบบของ “ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)” ● ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA) เป็นเอกสารที่บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน โดยทั้ง 2 ฝ่ายต้องร่วมกันกำหนดขอบเขตของการให้บริการ ระดับการให้บริการ (Level of Service) ขั้นต่ำที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ ซึ่งข้อตกลงระดับการให้บริการเปรียบเสมือนพันธสัญญาถึงระดับคุณภาพของบริการและความโปร่งใสที่ผู้ให้บริการมีให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้น องค์ประกอบของข้อตกลงจะประกอบด้วย ขอบเขตการให้บริการ ข้อกำหนดการให้บริการ ระดับการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และการรับเรื่องร้องเรียน ● คู่มือการให้บริการเป็นการต่อยอดจาก “ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ 					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
1	จัดส่งข้อมูลกระบวนการงานที่จัดทำคู่มือการให้บริการ ตามแนวทางตามข้อตกลงระดับการให้บริการ (SLA) โดยใช้แบบฟอร์ม A-E และจัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการ				
2	จัดทำคู่มือการให้บริการ (ตามแบบฟอร์มที่ ก.พ.ร.กรมการแพทย์ กำหนด)				
3	จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน จำนวน 2 เรื่อง และเผยแพร่คู่มือการให้บริการขึ้นเว็บไซต์ของหน่วยงาน				
4	จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน จำนวน 3 เรื่อง และเผยแพร่คู่มือการให้บริการขึ้นเว็บไซต์ของหน่วยงาน				
5	มีผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อคู่มือการให้บริการ ดังนี้				
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผลสำรวจ	65	70	75	80	85

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1	2	3	4	5

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการ	2	ระดับ 5	5.0000	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. จัดส่งข้อมูลกระบวนการงานที่จัดทำคู่มือการให้บริการตามแนวทางตามข้อตกลงระดับการให้บริการ(SLA) โดยใช้แบบฟอร์ม A-E
2. จัดทำคู่มือการให้บริการ จำนวน 3 เรื่อง คือ
 - (1) กระบวนการให้บริการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษา
 - (2) กระบวนการให้บริการขอรับข้อมูลผู้ป่วย
 - (3) กระบวนการให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการร้อยละ 86.5

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2. ความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : คู่มือการให้บริการประชาชน จำนวน 3 เรื่อง

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
ชื่อตัวชี้วัด : 2.3 ระดับความสำเร็จของการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบและการคุ้มครองจริยธรรม														
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514 4. นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : เลขาธิการกรรมการจริยธรรม (นายปพนวิช เรืองประทีป) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ 7450												
คำอธิบาย : พิจารณาจากระดับขั้นของความสำเร็จในการดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริต ประพฤติมิชอบ และส่งเสริมจริยธรรมของกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560														
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 60</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 70</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 80</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 90</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และสรุปผลการดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 รวมทั้งระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานให้ชัดเจน และนำเสนอสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 60	2	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 70	3	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 80	4	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 90	5	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และสรุปผลการดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 รวมทั้งระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานให้ชัดเจน และนำเสนอสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 60													
2	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 70													
3	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 80													
4	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ร้อยละ 90													
5	การดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และสรุปผลการดำเนินการตามมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 รวมทั้งระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานให้ชัดเจน และนำเสนอสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล													

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	✓	✓	✓	✓	✓

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบและการคุ้มครองจริยธรรม	2	ระดับ 5	5.0000	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

- มีมาตรการ/แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- มีการปรับเปลี่ยนการแต่งตั้งประธานคณะกรรมการจริยธรรมประจำโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จากรองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- มีการประกาศนโยบาย มาตรฐานทางจริยธรรม เป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับคณะกรรมการฯและบุคลากร
- มีการประชุมและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเป็นประจำ ทุกไตรมาส

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- การสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยปรับเปลี่ยนประธานคณะกรรมการจริยธรรมประจำโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จากรองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- แนวทางการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางราชการ จัดข้อมูลความโปร่งใสไว้สำหรับประชาชนผู้รับบริการ มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้หน่วยงานสร้างความโปร่งใส แผนป้องกันและปราบปรามฯบรรลุเป้าหมาย

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- การปรับเปลี่ยนผู้บริการระหว่างปีงบประมาณทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องด้านนโยบาย
- การมอบหมายผู้รับผิดชอบเป็นเลขานุการคณะกรรมการฯ ซึ่งต้องกำกับดูแลติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นงานในหน้าที่รับผิดชอบฝ่ายทรัพยากรบุคคลโดยตรง ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคล จึงจะทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -**หลักฐานอ้างอิง :**

- สำเนาบันทึกข้อความที่ สธ 0312.2(40.2)/14 ลงวันที่ 19 มกราคม 2560
- รายงานสรุปผลการปฏิบัติตามแผนป้องกัน ปราบปรามทุจริตและประพฤติมิชอบ ปี2560 (รอบ12เดือน)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน								
ชื่อตัวชี้วัด : 2.4 ระดับความสำเร็จในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร										
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7560		ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายปพนวิช เรืองประทีป (งานข้อมูลข่าวสาร) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7899								
คำอธิบาย : ความสำเร็จของการดำเนินการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารโดยส่วนราชการต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 และมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 เกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับประกาศประกวดราคาประกาศสอบราคา และสรุปผลการจัดซื้อจัดจ้างของส่วนราชการ และการกำหนดมาตรการให้ทุกหน่วยงานของรัฐให้บริการข้อมูลข่าวสารต่างแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็วซึ่งพิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับ										
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> ดำเนินการตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> จัดสถานที่/ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน สำหรับให้บริการข้อมูลข่าวสาร ตามมาตรา 9 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลข่าวสารได้โดยสะดวก มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการเป็นการเฉพาะ มีป้ายบอกถึงที่ตั้งของสถานที่หรือศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่ส่วนราชการจัดไว้สำหรับการให้บริการข้อมูลข่าวสาร ที่เข้าใจได้ง่ายและมองเห็นได้ชัดเจน </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> จัดระบบข้อมูลข่าวสารตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 9 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> มีข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 9 ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน จัดทำดัชนีข้อมูลข่าวสารไว้ให้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอย่างชัดเจนและสามารถสืบค้นได้สะดวก รวดเร็ว </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> บริหารจัดการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> มอบหมายให้ผู้บริหารระดับรองหัวหน้าส่วนราชการรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารฯเป็นการเฉพาะ ผู้บริหารของส่วนราชการให้ความสำคัญและควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างเคร่งครัด เช่น มีการประชุมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ ในการปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นต้น จัดเก็บสถิติและสรุปผลการมาใช้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการ รายงานให้ผู้บริหารของส่วนราชการทราบอย่างสม่ำเสมอ (รายเดือนหรือรายไตรมาส) มีการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ในการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว โดยมีเรื่องที่สามารถตอบสนอง หรือให้บริการข้อมูลข่าวสารได้ครบถ้วนร้อยละ 100 </td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ดำเนินการตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> จัดสถานที่/ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน สำหรับให้บริการข้อมูลข่าวสาร ตามมาตรา 9 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลข่าวสารได้โดยสะดวก มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการเป็นการเฉพาะ มีป้ายบอกถึงที่ตั้งของสถานที่หรือศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่ส่วนราชการจัดไว้สำหรับการให้บริการข้อมูลข่าวสาร ที่เข้าใจได้ง่ายและมองเห็นได้ชัดเจน 	2	จัดระบบข้อมูลข่าวสารตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 9 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> มีข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 9 ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน จัดทำดัชนีข้อมูลข่าวสารไว้ให้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอย่างชัดเจนและสามารถสืบค้นได้สะดวก รวดเร็ว 	3	บริหารจัดการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> มอบหมายให้ผู้บริหารระดับรองหัวหน้าส่วนราชการรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารฯเป็นการเฉพาะ ผู้บริหารของส่วนราชการให้ความสำคัญและควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างเคร่งครัด เช่น มีการประชุมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ ในการปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นต้น จัดเก็บสถิติและสรุปผลการมาใช้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการ รายงานให้ผู้บริหารของส่วนราชการทราบอย่างสม่ำเสมอ (รายเดือนหรือรายไตรมาส) มีการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ในการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว โดยมีเรื่องที่สามารถตอบสนอง หรือให้บริการข้อมูลข่าวสารได้ครบถ้วนร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน									
1	ดำเนินการตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> จัดสถานที่/ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน สำหรับให้บริการข้อมูลข่าวสาร ตามมาตรา 9 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลข่าวสารได้โดยสะดวก มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำศูนย์ข้อมูลข่าวสารหรือปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการเป็นการเฉพาะ มีป้ายบอกถึงที่ตั้งของสถานที่หรือศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่ส่วนราชการจัดไว้สำหรับการให้บริการข้อมูลข่าวสาร ที่เข้าใจได้ง่ายและมองเห็นได้ชัดเจน 									
2	จัดระบบข้อมูลข่าวสารตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 9 ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> มีข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 9 ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน จัดทำดัชนีข้อมูลข่าวสารไว้ให้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอย่างชัดเจนและสามารถสืบค้นได้สะดวก รวดเร็ว 									
3	บริหารจัดการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> มอบหมายให้ผู้บริหารระดับรองหัวหน้าส่วนราชการรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารฯเป็นการเฉพาะ ผู้บริหารของส่วนราชการให้ความสำคัญและควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างเคร่งครัด เช่น มีการประชุมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ ในการปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นต้น จัดเก็บสถิติและสรุปผลการมาใช้บริการ ณ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของส่วนราชการ รายงานให้ผู้บริหารของส่วนราชการทราบอย่างสม่ำเสมอ (รายเดือนหรือรายไตรมาส) มีการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ในการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว โดยมีเรื่องที่สามารถตอบสนอง หรือให้บริการข้อมูลข่าวสารได้ครบถ้วนร้อยละ 100 									

4	<p>เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารบุคลากรในส่วนราชการและประชาชนทราบ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดอบรม ให้ความรู้ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย ข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการข้อมูลข่าวสารตามบทบัญญัติของกฎหมาย ให้แก่บุคลากรในส่วนราชการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ • ประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับผลการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการโดยเฉพาะ การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลตามมาตรา 9 ให้ประชาชนรับทราบผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างน้อย 5 ช่องทางโดย 1 ใน 5 ช่องทาง จะต้องเป็นการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ • รับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารผ่านทางช่องทางต่าง ๆ และมีการนำความคิดเห็นของประชาชนมาพิจารณาประกอบการบริหารจัดการด้านการเปิดเผย หรือให้บริการข้อมูลข่าวสาร
5	<ul style="list-style-type: none"> • เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการประกวดราคา ประกาศสอบราคาที่ทำหน้าส่วนราชการ ลงนามแล้ว บนเว็บไซต์ของส่วนราชการจัดทำสรุปผลการจัดซื้อจัดจ้างเป็นรายเดือน และเผยแพร่บนเว็บไซต์ ของส่วนราชการทุกเดือน

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอน การดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร	2	5	5.0000	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. มีการจัดสถานที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 9 และมีการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ เป็นการเฉพาะ (ปรับเปลี่ยนสถานที่ปัจจุบัน ห้องงานข้อมูลข่าวสาร ชั้น 3 อาคารปฏิบัติการ มีแผนย้ายศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ทางกายภาพไปอยู่ที่ พื้นที่ชั้น 1 อาคารผู้ปวยนอก ซึ่งมีกำหนดเปิดให้บริการ ปี 2561 และเพิ่มอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ 1 ชุด สำหรับผู้มารับบริการ)
2. มีป้ายแสดงสถานที่ตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารให้บริการข้อมูลข่าวสารเข้าใจง่ายมองเห็นชัดเจน

<ol style="list-style-type: none"> 3. มีข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 9 ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน (มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร รวบรวมเอกสารส่งให้ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร แยกตามหัวข้อ มาตราที่รับผิดชอบ ตามกรอบเวลาที่กำหนด) 4. มีการจัดทำดัชนีข้อมูลข่าวสารที่จัดไว้ให้บริการไว้อย่างชัดเจน สืบค้นได้อย่างรวดเร็ว (ดัชนีของศูนย์ทางกายภาพ และดัชนีของศูนย์อิเล็กทรอนิกส์) 5. ผู้บริหารของส่วนราชการให้ความสำคัญ และควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างเคร่งครัด มีคำสั่งแต่งตั้งรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เป็นประธานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารและหัวหน้างานข้อมูลข่าวสาร ของหน่วยงานในการกำกับดูแลรับผิดชอบ ให้เป็นไปตามคำสั่งการนายกรัฐมนตรี เรื่องแนวทางการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ 6. มีการจัดเก็บสถิติ และสรุปผลการให้บริการให้ผู้บริหารของส่วนราชการทราบ (รายเดือน หรือ รายไตรมาส) 7. มีการจัดอบรมให้ความรู้ และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับกฎหมายข้อมูลข่าวสารผู้ให้บริการและบุคลากร (จัดโครงการอบรมเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2560 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฯ คณะกรรมการฯ คณะทำงานฯ เจ้าหน้าที่ทุกส่วนงาน และประชาชนผู้มารับบริการ จำนวน 88 คน) 8. มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับกฎหมายของราชการให้ประชาชนรับทราบ 5 ช่องทาง ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> (1) ติดต่อโดยตรงที่งานข้อมูลข่าวสาร อาคารปฏิบัติการ ชั้น 3 เวลา 08.30-16.30 น. (2) ติดต่อทางโทรศัพท์ 036-422515 ต่อ 7899 ทางโทรสาร 036-421679 (3) ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี (4) ทาง Facebook งานข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี (5) ทาง E-mail : noompat.lbrcc@gmail.com 9. มีการนำข้อมูลเกี่ยวกับการประกวดราคา ประกาศสอบราคาให้หัวหน้าส่วนราชการลงนามแล้วเผยแพร่บนเว็บไซต์ส่วนราชการ ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นเว็บไซต์คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารทางราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี (URL:1771) 10. จัดทำสรุปผลการจัดซื้อจัดจ้างเป็นรายเดือน และเผยแพร่บนเว็บไซต์ ของส่วนราชการทุกเดือน ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นเว็บไซต์คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารทางราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี (URL:1771)
<p>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : มีนโยบายและข้อกำหนดให้ดำเนินตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ตามคำสั่งการนายกรัฐมนตรี กำหนดให้ปี 2560 เป็นปีแห่งข้อมูลข่าวสารของทางราชการ กำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางราชการ มีการติดตามและรายงานผลให้สำนักนายกรัฐมนตรีทางหนังสือผ่านสำนักงานจังหวัดและเว็บไซต์ของคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารทางราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี</p>
<p>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -</p>
<p>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : ควรมีแนวทางการดำเนินงานในการจัดทำข้อมูลข่าวสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ส่วนราชการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน</p>
<p>หลักฐานอ้างอิง : ผลงานตามระดับความสำเร็จ</p>

มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน																	
ชื่อตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละของความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ กรณีที่ 3 หน่วยงานที่ไม่มีงบประมาณกันไว้เบิกเหลือปี วัตถุประสงค์ 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ 3.1.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน																		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางรณณี มั่นคง (ฝ่ายการเงินและบัญชี) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7446																	
คำอธิบาย : <ul style="list-style-type: none"> ● การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ● การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำ) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ ● รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายเงินคืนให้รัฐบาลและผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงานตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงบประมาณกำหนดให้ 																		
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">ตัวชี้วัด</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">2557</th> <th style="text-align: center;">2558</th> <th style="text-align: center;">2559 (รอบ6เดือน)</th> <th style="text-align: center;">2558</th> <th style="text-align: center;">2559 (รอบ6เดือน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน</td> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">100</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">-100</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)		2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)	ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	100	100	0	0	-100	
ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)													
	2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)													
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	100	100	0	0	-100													

เกณฑ์การให้คะแนน : ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นไตรมาสที่ 2

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
32	34	36	38	40

เกณฑ์การให้คะแนน : ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นไตรมาสที่ 4

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
79	81	83	85	87

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายลงทุน	1	100.00	5.0000	0.0500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

โรงพยาบาลมะเร็ิงลพบุรี ได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ในส่วนงบลงทุน จำนวน 1 รายการ ซึ่งเป็นรายการที่มีการผูกพันตามสัญญา 3ปี (2559 – 2561) ใช้จ่ายตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเรียบร้อยแล้ว

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็ิงลพบุรี
2. ความพร้อมและทักษะในการทำงานของผู้ปฏิบัติ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานสถานะการใช้จ่ายเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)			<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน		
ชื่อตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละของความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ กรณีที่ 3 หน่วยงานที่ไม่มีงบประมาณกันไว้เบิกเหลือปี วัตถุประสงค์ 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ 3.1.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแม่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452			ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางรณณี มั่นคง (ฝ่ายการเงินและบัญชี) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7446		
คำอธิบาย : 1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปี จะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานจากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) 2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)
ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ภาพรวม	100	100	55.47	0	55.47
เกณฑ์การให้คะแนน : ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นไตรมาสที่ 2					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
44	46	48	50	52	
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นไตรมาสที่ 4					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
88	90	92	94	96	

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายภาพรวม	3	100.00	5.0000	0.1500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : มีการเบิกจ่ายตามระเบียบโดยปกติ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานสถานะการใช้จ่ายเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)				<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบโครงการวิจัย					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :			ผู้จัดเก็บข้อมูล :		
คำอธิบาย : การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินโครงการวิจัย พิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณโครงการวิจัยของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณโครงการวิจัยที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินของหน่วยงาน					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2556	2557	2558 (รอบ6เดือน)	2557	2558 (รอบ6เดือน)
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบโครงการวิจัย	N/A	N/A	N/A	-	-
เกณฑ์การให้คะแนน :					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
>60%	>70%	>80%	>90%	>98%	
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบโครงการวิจัย	0				
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ ไม่ได้รับงบประมาณในการจัดทำโครงการวิจัย					
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -					
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -					
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -					
หลักฐานอ้างอิง : -					

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน				
ชื่อตัวชี้วัด : 3.3 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบโครงการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	ผู้จัดเก็บข้อมูล :				
คำอธิบาย : การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินโครงการฝึกอบรม ประชุมและสัมมนาพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณโครงการฝึกอบรม ประชุมและสัมมนาของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณโครงการฝึกอบรม ประชุมและสัมมนาที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินของหน่วยงาน					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2556	2557	2558 (รอบ6เดือน)	2557	2558 (รอบ6เดือน)
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบโครงการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา	Na	Na	Na	-	-
เกณฑ์การให้คะแนน :					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
>60%	>70%	>80%	>90%	>98%	
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบโครงการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา	0	-	-	-	
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ ไม่ได้รับงบประมาณในการจัดทำโครงการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา					
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -					
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -					
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -					
หลักฐานอ้างอิง : -					

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 3.4 ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :		ผู้จัดเก็บข้อมูล :			
คำอธิบาย : หน่วยงานสามารถก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน (ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง) ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2556	2557	2558 (รอบ6เดือน)	2557	2558 (รอบ6เดือน)
ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน	Na	Na	Na	-	-
เกณฑ์การให้คะแนน :					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
ไม่สำเร็จ	-	-	-	สำเร็จ	
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	
ระดับความสำเร็จของการก่อกำหนดผู้กักเงินรายจ่ายลงทุน	0	-	-	-	
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ ไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายใหม่					
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -					
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -					
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -					
หลักฐานอ้างอิง : -					

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 3.5 ร้อยละของจำนวนโครงการที่ปฏิบัติงานในระบบ e-GP ได้อย่างถูกต้อง					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสิริรัตน์ มูลคำ (หัวหน้าฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7574			
คำอธิบาย : แสดงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในระบบการจัดซื้อ/จัดจ้างภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) ได้อย่างถูกต้อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)
ร้อยละของจำนวนโครงการที่ปฏิบัติงานในระบบ e-GP ได้อย่างถูกต้อง	N/A	N/A	N/A	-	-
เกณฑ์การให้คะแนน :					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
80	85	90	95	100	
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	
ร้อยละของจำนวนโครงการที่ปฏิบัติงานในระบบ e-GP ได้อย่างถูกต้อง	0.50	96.32	4.0000	0.0200	
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : มีการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP เป็นไปตามระเบียบพัสดุ จำนวน 163 โครงการ พบโครงการที่ขอยกเลิก จำนวน 6 โครงการ					
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -					
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -					
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -					
หลักฐานอ้างอิง : รายงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ					

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 3.6 ร้อยละของจำนวนโครงการที่ไม่มีการปรับแก้/ยกเลิกร่างเอกสารประกวดราคา					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสิริรัตน์ มุลคำ (หัวหน้าฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา) โทรศัพท์ : 036-621800 ต่อ7574			
คำอธิบาย : -					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)
ร้อยละของจำนวนโครงการที่ไม่มีการปรับแก้/ยกเลิกร่างเอกสารประกวดราคา	N/A	N/A	N/A	-	-
เกณฑ์การให้คะแนน :					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
80	85	90	95	100	
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	
ร้อยละของจำนวนโครงการที่ไม่มีการปรับแก้/ยกเลิกร่างเอกสารประกวดราคา	0				
คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ					
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -					
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -					
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -					
หลักฐานอ้างอิง :					

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)			<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 3.7 ร้อยละของจำนวนสัญญาที่สามารถดำเนินงานตามสัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452			ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสิริรัตน์ มูลคำ (หัวหน้าฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7574			
คำอธิบาย : แสดงประสิทธิภาพของการที่หน่วยงานสามารถดำเนินงานตามสัญญาของโครงการที่มีการจัดซื้อจัดจ้างในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ โดยไม่มีการขยายระยะเวลาในสัญญาหรือยกเลิกสัญญาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560						
เหตุผล : ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงินการคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณการลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย ดังนั้น กองคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชน						
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :						
ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
		2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)
ร้อยละของจำนวนสัญญาที่สามารถดำเนินงานตามสัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ		N/A	N/A	N/A	-	-
เกณฑ์การให้คะแนน :						
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5		
80	85	90	95	100		

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของจำนวนสัญญาที่สามารถดำเนินงานตามสัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.25	100	5.0000	0.0125

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : จำนวนสัญญาทั้งหมด 159 รายการ มีการดำเนินงานโดยที่ไม่มีการขยายระยะเวลาในสัญญาหรือยกเลิกสัญญาในการจัดซื้อจัดจ้าง

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)			<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน		
ชื่อตัวชี้วัด : 3.8 ร้อยละของจำนวนสัญญาที่คณะกรรมการตรวจรับดำเนินการตรวจรับพัสดุ/งานแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแม่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452			ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสิริรัตน์ มูลคำ (หัวหน้าฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7574		
คำอธิบาย : แสดงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) โดยพิจารณาจากการที่คณะกรรมการตรวจรับสามารถตรวจรับพัสดุ/งาน แล้วเสร็จภายใน 5 วันทำการ ตามมติคณะรัฐมนตรีที่ นร 1305/ว 5855 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2544 เหตุผล : ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงิน การคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในการกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และ มิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณการลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย ดังนั้น กองคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	2557	2558	2559 (รอบ6เดือน)	2558	2559 (รอบ6เดือน)
ร้อยละของจำนวนสัญญาที่คณะกรรมการตรวจรับดำเนินการตรวจรับพัสดุ/งานแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด	N/A	N/A	N/A	-	-

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
80	85	90	95	100

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละของจำนวนสัญญาที่คณะกรรมการตรวจรับ ดำเนินการตรวจรับพัสดุ/งานแล้วเสร็จภายใน ระยะเวลาที่กำหนด	0.25	91.67	3.0000	0.0075

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : การจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) คณะกรรมการตรวจรับสามารถตรวจรับพัสดุ/งาน แล้วเสร็จภายใน 5 วันทำการ ตามมติคณะรัฐมนตรี ที่ นร 1305/ว 5855 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2544

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
(รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.9 ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)

โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

นางสิริรัตน์ คำมูล (ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา)

โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7573

คำอธิบาย : เพื่อให้ดำเนินการตรวจสอบบัญชีสินทรัพย์ของหน่วยงาน เปรียบเทียบระหว่างทะเบียนคุมสินทรัพย์ของหน่วยงาน กับ รายงานในระบบสินทรัพย์ของกรมบัญชีกลาง (GFMS) ให้ถูกต้องครบถ้วนตรงความเป็นจริง การให้คะแนนพิจารณาตาม ความสามารถในการผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้องและครบถ้วน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

การให้คะแนนพิจารณาตามความสามารถในการผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMS ให้ถูกต้อง และครบถ้วน

ขั้นตอน	เรื่องที่ประเมิน
1	ตรวจสอบหมวดของครุภัณฑ์ก่อนการจัดซื้อ เพื่อการลงทะเบียนครุภัณฑ์และลงสร้างข้อมูลสินทรัพย์ ในระบบ GFMS ได้ถูกต้อง มิฉะนั้นจะมีผลต่อการคิดค่าเสื่อมราคา
2	ตรวจสอบราคาครุภัณฑ์ตามเอกสารการจัดซื้อให้ถูกต้อง โดยมูลค่าการลงทะเบียนครุภัณฑ์ ต้องเป็นเฉพาะราคาของครุภัณฑ์และรวม ภาษีแล้วเท่านั้น เพื่อให้ตรงกับข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS ซึ่งในระบบฯ จะเป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้วเสมอ
3	การออกหมายเลขครุภัณฑ์ ถ้าเข้ามาเป็นชุดประกอบกันต้องออกหมายเลขเดียว แต่มีครุภัณฑ์ย่อยประกอบ ซึ่งจะตรงกันทั้ง ทะเบียนครุภัณฑ์ และการสร้างข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS
4	การออกหมายเลขครุภัณฑ์ในทะเบียนนั้น ครุภัณฑ์หนึ่งชิ้นต้องมีหนึ่งหมายเลข ซึ่งเวลาไปสร้างข้อมูล หลักสินทรัพย์ก็เช่นกัน แต่บางครั้งพบว่าซื้อในคราวเดียวหลายชิ้น แต่ในระบบ GFMS สร้างข้อมูลสินทรัพย์เพียงหมายเลขเดียว ทำให้ไม่ตรงกับทะเบียน ครุภัณฑ์ที่คุมไว้
5	การบันทึกชื่อครุภัณฑ์ ต้องตรงตามที่ได้รับอนุมัติให้จัดซื้อ โดยห้ามย่อหรือลงเฉพาะชื่อภาษาใดภาษาหนึ่ง เพราะจะทำให้ไม่ สามารถตรวจสอบคู่กันระหว่างทะเบียนครุภัณฑ์กับข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMS ได้
6	เมื่อมีการสร้างหมายเลขสินทรัพย์ในระบบ GFMS แล้ว ต้องรีบดำเนินการตั้งเบิกโดยเร็ว เพื่อไม่กระทบต่อการล้างพัสดุสินทรัพย์ใน ระบบ GFMS เพราะจะทำให้มูลค่าสินทรัพย์ในบัญชีไม่ตรงตามความเป็นจริง
7	เมื่อมีหมายเลขสินทรัพย์ที่ได้จากระบบ GFMS แล้วต้องนำไปลงคู่กับหมายเลขครุภัณฑ์ในทะเบียนคุมเสมอเพื่อสะดวกต่อการ ตรวจสอบคู่กัน
8	เมื่อการจำหน่ายครุภัณฑ์ได้รับอนุมัติให้จำหน่ายแล้ว ต้องบันทึกตัดจำหน่ายครุภัณฑ์ออกจากทะเบียนคุมและตัดจำหน่ายสินทรัพย์ใน ระบบ GFMS ด้วย มิฉะนั้นสินทรัพย์ในทะเบียนครุภัณฑ์และในระบบ GFMS จะมีมูลค่า ไม่ตรงกัน
9	ตรวจสอบบัญชีหักครุภัณฑ์ในระบบ GFMS ทุกเดือน โดยดำเนินการล้างพัสดุบัญชีให้เป็นสินทรัพย์ในระบบ GFMS เพื่อให้สินทรัพย์ ในทางบัญชีของฝ่ายพัสดุและฝ่ายบัญชีตรงกัน

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการลงบัญชีสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ให้ถูกต้องและครบถ้วน	2	สำเร็จ	5.0000	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : มีการดำเนินงานลงบัญชีสินทรัพย์ตามขั้นตอนที่ถูกให้ประเมินในระบบ GFMIS ปีงบประมาณ 2560 ครบถ้วน ซึ่งทะเบียนสินทรัพย์ตรงกับรายงานสินทรัพย์ในระบบ GFMIS

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : เครื่องคอมพิวเตอร์และเครือข่าย Internet ที่มีประสิทธิภาพ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
(รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน

รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.10 ระดับความสำเร็จในการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระดับหน่วยงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898
2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560
3. นายยุพา ศรันยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514
4. นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

นางรมณี มั่นคง (หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี)
โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7899

คำอธิบาย : ความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถจัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด และนำเอาผลการคำนวณต้นทุนมาใช้ในการบริหารทรัพยากรของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพ

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	แนวทางการประเมินผล (ประเมินผลจากเอกสารและหลักฐานต่างๆ)	คะแนน
1	หน่วยงานมีการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุค่าใช้จ่ายเข้าสู่กิจกรรมย่อยในระบบ GFMS สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2559	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุค่าใช้จ่ายเข้าสู่กิจกรรมย่อยในระบบ GFMS สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายปี 2559 ดังนี้ 1. หนังสือแสดงการตรวจสอบค่าใช้จ่ายจากผู้มีอำนาจ 2. รายงานต้นทุนรวมของหน่วยงาน งวด 12 เดือน ปีงบประมาณ 2559 โดยแยกประเภทตามแหล่งของเงิน (ตาราง 1) หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 2 ธันวาคม 2559	0.25 0.75
2	จัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตประจำปีงบประมาณ 2559 และเปรียบเทียบผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระหว่างปีงบประมาณ 2558 และปีงบประมาณ 2559 ว่ามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร พร้อมทั้งวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จัดทำรายงานการเปรียบเทียบ สรุปผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตได้แล้วเสร็จ	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการรายงานผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ปี 2559 ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอรายงานผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตโดยได้รับความเห็นชอบจากผู้มีอำนาจ 2. รายงานผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม ผลผลิต กิจกรรมย่อยและผลผลิตย่อยของปี 2559 ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด (ตาราง 1-6) 3. รายงานสรุปผลการเปรียบเทียบและวิเคราะห์ผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระหว่างปีงบประมาณ 2558 และปีงบประมาณ 2559 (ตารางที่ 7-12) หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-3 ให้กับกองคลัง ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2560	0.25 0.25 0.50

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	แนวทางการประเมินผล (ประเมินผลจากเอกสารและหลักฐานต่างๆ)	คะแนน
3	จัดทำแผนเพิ่มประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2560 พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายการเพิ่มประสิทธิภาพใน ปีงบประมาณ 2560 ให้ชัดเจนสามารถวัดผลได้ (เชิงปริมาณ) และแผนเพิ่มประสิทธิภาพดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าหน่วยงาน	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 ไม่ต่ำกว่า 4 เรื่อง คือ - กรณีลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นต้น โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้อย่างน้อยร้อยละ 5 จากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในปีงบประมาณก่อน จำนวน 2 เรื่อง - กรณีปรับปรุงกิจกรรมต้องแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของกิจกรรมนั้น ในรูปของต้นทุนหรือปริมาณงาน จำนวน 2 เรื่อง เอกสารที่นำเสนอ ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอแผนเพิ่มประสิทธิภาพ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้มีอำนาจ 2. แผนเพิ่มประสิทธิภาพจำนวน 4 เรื่อง ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในเดือน มีนาคม 2560	0.25 0.75
4	ดำเนินการตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพ ประจำปีงบประมาณ 2560 ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานและผลสำเร็จตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560 และได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าหน่วยงาน	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพ ปีงบประมาณ 2560 ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้มีอำนาจ 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนเพิ่มประสิทธิภาพ หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 10 ตุลาคม 2560	0.25 0.75
5	ดำเนินการสอบทานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ 2560	พิจารณาจากเอกสารที่แสดงถึงการดำเนินการสอบทานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตโดยคณะทำงานฯ หรือผู้บริหาร ดังนี้ 1. หนังสือนำเสนอรายงานการสอบทานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต 2. แบบสอบทานการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต หมายเหตุ : ส่งเอกสารรายการที่ 1-2 ให้กับกองคลัง ภายในวันที่ 10 ตุลาคม 2560	0.25 0.75
		รวม	5.00

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการจัดทำต้นทุนต่อหน่วย ผลผลิตระดับหน่วยงาน	1	ระดับ 5	3.0000	0.0300

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. มีการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุค่าใช้จ่ายเข้าสู่กิจกรรมย่อยในระบบ GFMS ของปีงบประมาณ 2559
2. มีการจัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ประจำปีงบประมาณ 2559 และเปรียบเทียบกับปี 2558 กับปี 2559

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : หนังสือรายงานผลตามตัวชี้วัด

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน																		
ชื่อตัวชี้วัด : 3.11 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับ หน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด																				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางรมณี มั่นคง (หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ7446																			
คำอธิบาย : เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยงาน ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ข้อมูลทางบัญชี ของหน่วยงานมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นตัวผลักดันให้มีการเร่งตรวจสอบแก้ไขข้อมูลทางบัญชีของตนเอง ต่อเนื่องจากการประเมินผลฯ ประจำปีงบประมาณ 2559 จึงได้กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ประจำปี งบประมาณ 2560 ซึ่งประกอบด้วย																				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน : แบ่งการประเมินผลเป็น 2 กรณี																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>การประเมินผล</th> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"> ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับ หน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด </td> <td> กรณีที่ 1 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ครึ่งปีแรก </td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td> กรณีที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ครึ่งปีหลัง </td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table>	การประเมินผล	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับ หน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	กรณีที่ 1 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ครึ่งปีแรก	0.5	กรณีที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ครึ่งปีหลัง	0.5											
การประเมินผล	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก																		
ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับ หน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	กรณีที่ 1 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ครึ่งปีแรก	0.5																		
	กรณีที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชี ระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ครึ่งปีหลัง	0.5																		
โดยที่ : การพิจารณาระดับความสำเร็จตามขั้นตอนในระดับจำนวนเรื่องของข้อมูลทางบัญชีที่หน่วยงานสามารถดำเนินการได้ตาม หลักเกณฑ์ประเมินผลที่กำหนด จำนวน 8 เรื่อง โดยหน่วยงานประเมิน เรื่องที่ 1 – 5 เรื่องที่ 6-8 กรมฯ เป็นผู้ประเมินให้คะแนน																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>เรื่อง</th> <th>หลักเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>บัญชีเงินสดในมือและบัญชีเงินฝากธนาคาร</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>บัญชีพัสดุสินทรัพย์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>บัญชีพัสดุที่มียอดคงค้าง</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>งบทดลองแสดงข้อมูลทางบัญชีที่ถูกต้องตามดุลบัญชีปกติกทุกบัญชี</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>งบทดลองระดับหน่วยเบิกจ่าย</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>การจัดส่งรายงานการเงินระดับกรม</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>การตรวจสอบรายงานงบทดลองและรายงานการเงิน</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>การสนับสนุน การติดตาม ดูแลหน่วยเบิกจ่ายภายใต้สังกัด</td> </tr> </tbody> </table>	เรื่อง	หลักเกณฑ์	1	บัญชีเงินสดในมือและบัญชีเงินฝากธนาคาร	2	บัญชีพัสดุสินทรัพย์	3	บัญชีพัสดุที่มียอดคงค้าง	4	งบทดลองแสดงข้อมูลทางบัญชีที่ถูกต้องตามดุลบัญชีปกติกทุกบัญชี	5	งบทดลองระดับหน่วยเบิกจ่าย	6	การจัดส่งรายงานการเงินระดับกรม	7	การตรวจสอบรายงานงบทดลองและรายงานการเงิน	8	การสนับสนุน การติดตาม ดูแลหน่วยเบิกจ่ายภายใต้สังกัด	
เรื่อง	หลักเกณฑ์																			
1	บัญชีเงินสดในมือและบัญชีเงินฝากธนาคาร																			
2	บัญชีพัสดุสินทรัพย์																			
3	บัญชีพัสดุที่มียอดคงค้าง																			
4	งบทดลองแสดงข้อมูลทางบัญชีที่ถูกต้องตามดุลบัญชีปกติกทุกบัญชี																			
5	งบทดลองระดับหน่วยเบิกจ่าย																			
6	การจัดส่งรายงานการเงินระดับกรม																			
7	การตรวจสอบรายงานงบทดลองและรายงานการเงิน																			
8	การสนับสนุน การติดตาม ดูแลหน่วยเบิกจ่ายภายใต้สังกัด																			

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความสำเร็จของการผ่านเกณฑ์การ ประเมินผลการปฏิบัติงานด้านบัญชีระดับหน่วยงาน ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด	1	100%	5.0000	0.0500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ -

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : งบทดลอง

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน		
ชื่อตัวชี้วัด : 3.12 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1.นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 2.นางยุพา ศรัณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 3.นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : น.ส.สิริวิรี กิริตติยาสิทธิ (เลขาคณะทำงานปฏิบัติการลดใช้พลังงานและประหยัดน้ำ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ119		
คำอธิบาย : ความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน หมายถึง การที่หน่วยงานสามารถจัดการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงภายในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิงลดลงได้อย่างน้อยร้อยละ 10 เหตุผล : พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม แต่ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 10% เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยลดรายจ่ายของประเทศโดยลดการนำเข้าน้ำมันจากต่างประเทศ พิจารณาจากร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของพลังงาน 2 ชนิด คือ 1. ด้านไฟฟ้า 2. ด้านน้ำมันเชื้อเพลิง				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ด้านไฟฟ้า	ด้านน้ำมัน	รวม
		2.5000 คะแนน	2.5000 คะแนน	5.0000 คะแนน
1	มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 25๖๐ 1.1 รอบ 6 เดือน (ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2560) และ 1.2 รอบ 12 เดือน (เมษายน 2560 - กันยายน 2560) ตามรูปแบบที่ สนพ. กำหนด	0.5000	0.5000	1.0000
2	2.1 มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงาน มาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2560 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 12 เดือน นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560	0.2500	0.2500	0.5000
	2.2 มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (ไฟฟ้า หน่วยkWh; ก๊าซหุงต้ม-ชั่วโมง) (น้ำมัน หน่วย ลิตร)ประจำปีงบประมาณ 2560 ครบถ้วน 12 เดือน นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560	0.2500	0.2500	0.5000
3	มีผลการคำนวณ EUI ด้านการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2560 ตามสูตรการคำนวณที่ สนพ. กำหนด โดยอยู่ในช่วง -0.200 ถึง -0.333	0.0001 - 0.5000	0.0001 - 0.5000	1.0000

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1	2	3	4	5

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการ ประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	1	ระดับ 4	4.0000	0.0400

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

- มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปี
งบประมาณ 2560 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จ
- มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (ไฟฟ้า หน่วยkWh; ก๊าซหุงต้ม-ชั่วโมง) (น้ำมัน หน่วย ลิตร)ประจำปีงบประมาณ
2560

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
- รองผู้อำนวยการให้ความสำคัญและกระตุ้นการประหยัดพลังงาน

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- เนื่องจากตัวอาคารมีการออกแบบที่ไม่สอดคล้องกับการเอื้อให้ลดการใช้พลังงาน มีห้องปฏิบัติงานหลายแห่งที่ต้องการ
แสงสว่างและมีการระบายอากาศที่ดี
- เครื่องมือทางการแพทย์หลายเครื่องที่มีความจำเป็นต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้งาน
- ผู้มารับบริการมีจำนวนมากขึ้น เฉลี่ยปีร้อยละ 10-15 ทำให้มีการขยายเวลาในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : การออกแบบตึกอาคาร ควรให้มีการสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่นั้นๆ
และควรออกแบบให้มีการลดการใช้พลังงาน

หลักฐานอ้างอิง : หน้าเว็บไซต์การส่งข้อมูลให้กับกระทรวงพลังงาน ในโครงการลดใช้พลังงานในส่วนราชการ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 3.13 การประหยัดน้ำ				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1.นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 2.นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 3.นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : น.ส.สิริวิรี กิริตติยาสิทธิ (เลขาคณะทำงานปฏิบัติการลดใช้พลังงานและประหยัดน้ำ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ119			
คำอธิบาย : ความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำของหน่วยงาน ปริมาณการใช้น้ำ หมายถึง ปริมาณที่ใช้น้ำผ่านมาตรวัดน้ำ การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค และปริมาณน้ำที่ใช้จากระบบอื่นๆ ที่มีมาตรวัดน้ำ ข้อมูลพื้นฐาน หมายถึง ข้อมูลการใช้น้ำปี 2559 เฉลี่ยรายเดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559 โดยให้หน่วยงานผู้รายงานตัวชี้วัดเป็นผู้รับรองข้อมูล				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :				
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
1	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการประหยัดน้ำ และแผนปฏิบัติการประหยัดน้ำ ของหน่วยงาน			
2	มีการรณรงค์ ปลุกฝังค่านิยม และดำเนินการตามแผน ตลอดจนติดตามประเมินผลและปรับปรุง			
3	มีการติดตามและจัดทำรายงานผลการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำของปีงบประมาณ 2560 ส่งสำนักงานเลขานุการกรม ภายในเดือนมีนาคม 2560			
4	กรณีมีมาตรวัด : มีการรายงานข้อมูลปริมาณการใช้น้ำประจำปี งบประมาณ 2560 ครบถ้วน 12 เดือน นับตั้งแต่ ตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 กรณีไม่มีมาตรวัด : มีการรายงานข้อมูลผลการดำเนินการตามมาตรการประหยัดน้ำของปีงบประมาณ 2560 ครบถ้วน 12 เดือน นับตั้งแต่ ตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560			
5	กรณีมีมาตรวัด : สามารถลดปริมาณการใช้น้ำน้อยลงเทียบกับปริมาณการใช้น้ำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ร้อยละ 10 กรณีไม่มีมาตรวัด : มีมาตรวัดน้ำเพื่อวัดปริมาณการใช้น้ำของหน่วยงาน และมีการรายงานข้อมูลปริมาณการใช้น้ำของปีงบประมาณ 2560			
เกณฑ์การให้คะแนน :				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
1	2	3	4	5
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :				
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
การประหยัดน้ำ	2	ระดับ 5	5.0000	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ 1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการลดใช้พลังงานและประหยัดน้ำ 2. ได้ร่วมกันทบทวนการลดใช้พลังงานน้ำ 3. มีการรายงานผลปริมาณการใช้น้ำตามมาตรวัดเป็นรายเดือนให้สำนักงานเลขานุการกรมภายใน ประจำทุกเดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : 1. ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี 2. รองผู้อำนวยการให้ความสำคัญและกระตุ้นการประหยัดน้ำ
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการใช้น้ำ

มิติที่ 4 มิติการพัฒนาองค์กร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน																	
ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ ตัวชี้วัดที่ 4.1.1 แผนการลงทุนและการขับเคลื่อนแผน																		
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 4. นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายเทวฤทธิ์ ช่างบุญนะ (เลขาธิการคณะกรรมการวิเคราะห์และ ออกแบบระบบสารสนเทศโรงพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7489																	
คำอธิบาย : <ul style="list-style-type: none"> ● เป็นการบูรณาการเครือข่ายสารสนเทศให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อลดต้นทุนและความซ้ำซ้อนในการใช้งบประมาณ รวมทั้งสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการพัฒนาหรือนำระบบบริการอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานเพื่อให้บริการผ่านเครือข่ายสารสนเทศ ● เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพระบบสารสนเทศของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ โดยมุ่งเน้นให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปรับปรุงงานบริการและการทำงาน มีการปรับปรุงกระบวนการหลักให้มีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการกระบวนการภายในหน่วยงานให้มีการบริการ ณ จุดเดียว โดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Single Gateway) 																		
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ระดับคะแนน</th> <th style="width: 85%;">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>มีการแต่งตั้ง CIO และคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>มีการจัดทำแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในงบประมาณ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>มีการจัดเก็บข้อมูลรายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ประจำปี</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>มีการติดตามและจัดทำรายงานผลการดำเนินโครงการจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ในงบประมาณ (สถานะโครงการ - สำเร็จหรือยกเลิก/งบประมาณที่ใช้ไป/บริษัทที่ได้รับเลือกให้ดำเนินการ /วิธีการจัดหา/ผลสำเร็จของโครงการ)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการแต่งตั้ง CIO และคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	2	มีการจัดทำแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในงบประมาณ	3	มีการจัดเก็บข้อมูลรายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ประจำปี	4	มีการติดตามและจัดทำรายงานผลการดำเนินโครงการจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ในงบประมาณ (สถานะโครงการ - สำเร็จหรือยกเลิก/งบประมาณที่ใช้ไป/บริษัทที่ได้รับเลือกให้ดำเนินการ /วิธีการจัดหา/ผลสำเร็จของโครงการ)	5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560	เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากจำนวนประเด็นที่สามารถพัฒนาศูนย์ข้อมูล ได้ดังนี้					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																	
1	มีการแต่งตั้ง CIO และคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ																	
2	มีการจัดทำแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในงบประมาณ																	
3	มีการจัดเก็บข้อมูลรายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ประจำปี																	
4	มีการติดตามและจัดทำรายงานผลการดำเนินโครงการจัดหาระบบคอมพิวเตอร์ในงบประมาณ (สถานะโครงการ - สำเร็จหรือยกเลิก/งบประมาณที่ใช้ไป/บริษัทที่ได้รับเลือกให้ดำเนินการ /วิธีการจัดหา/ผลสำเร็จของโครงการ)																	
5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;"></th> <th colspan="5" style="text-align: center;">จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">1 ประเด็น</th> <th style="width: 15%;">2 ประเด็น</th> <th style="width: 15%;">3 ประเด็น</th> <th style="width: 15%;">4 ประเด็น</th> <th style="width: 15%;">5 ประเด็น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">คะแนน</td> <td style="text-align: center;">0.1</td> <td style="text-align: center;">0.2</td> <td style="text-align: center;">0.3</td> <td style="text-align: center;">0.4</td> <td style="text-align: center;">0.5</td> </tr> </tbody> </table>		จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน					1 ประเด็น	2 ประเด็น	3 ประเด็น	4 ประเด็น	5 ประเด็น	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	
		จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน																
	1 ประเด็น	2 ประเด็น	3 ประเด็น	4 ประเด็น	5 ประเด็น													
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5													

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
แผนการลงทุนและการขับเคลื่อนแผน	0.5	ระดับ 4	4.0000	0.0200

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลข่าวสาร
2. แต่งตั้งคณะกรรมการวิเคราะห์และออกแบบระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
3. มีการจัดทำแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยใช้งบประมาณในส่วนของเงินบำรุงประจำปี
4. มีการรายงานและตรวจสอบพัสดุคงเหลือประจำปี

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบสารสนเทศ และให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบอย่างสม่ำเสมอ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน																		
ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ ตัวชี้วัดที่ 4.1.2 ความพร้อมใช้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร																				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุรรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560		ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายเทวฤทธิ์ ช่างบุญนะ(เลขาธิการกรรมการวิเคราะห์และออกแบบ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7489																		
คำอธิบาย : <p>ศูนย์ข้อมูล หมายถึง แหล่งสะสมและเผยแพร่ข้อมูลที่ได้รับการพิจารณาความสำคัญต่อการนำไปใช้เพื่อเผยแพร่และให้บริการแก่ผู้ใช้ โดยมีระบบจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล</p> <p>ระบบแม่ข่ายจัดเก็บข้อมูล หมายถึง เครื่องคอมพิวเตอร์ตัวหลักที่ทำหน้าที่ควบคุมคอมพิวเตอร์อื่นๆ ในเฉพาะด้าน เป็นทั้งที่เก็บโปรแกรมและข้อมูลพื้นฐานที่คอมพิวเตอร์ในเครือข่ายจะเรียกใช้ได้</p> <p>ความต่อเนื่องในการให้บริการ หมายถึง การเกิด Fault จำนวนน้อยสุดในศูนย์ข้อมูลหรือระบบแม่ข่ายจัดเก็บข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหายต่อเนื่องไปยังบริการ</p>																				
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ช่องทางการให้บริการสารสนเทศของหน่วยงาน (ระบบอินเทอร์เน็ต) มีความต่อเนื่องในการให้บริการ (SLA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศของหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>มีการจัดทำแนวทางการสำรองและกู้คืนข้อมูล พร้อมทั้งมีการซักซ้อมการกู้คืนข้อมูลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีแผนรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Contingency Plan) เพื่อรองรับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ช่องทางการให้บริการสารสนเทศของหน่วยงาน (ระบบอินเทอร์เน็ต) มีความต่อเนื่องในการให้บริการ (SLA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	2	มีแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศของหน่วยงาน	3	มีการจัดทำแนวทางการสำรองและกู้คืนข้อมูล พร้อมทั้งมีการซักซ้อมการกู้คืนข้อมูลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4	มีแผนรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Contingency Plan) เพื่อรองรับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน	5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560					
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																			
1	ช่องทางการให้บริการสารสนเทศของหน่วยงาน (ระบบอินเทอร์เน็ต) มีความต่อเนื่องในการให้บริการ (SLA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90																			
2	มีแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศของหน่วยงาน																			
3	มีการจัดทำแนวทางการสำรองและกู้คืนข้อมูล พร้อมทั้งมีการซักซ้อมการกู้คืนข้อมูลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง																			
4	มีแผนรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Contingency Plan) เพื่อรองรับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน																			
5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560																			
เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากจำนวนประเด็นที่สามารถพัฒนาศูนย์ข้อมูล ได้ดังนี้																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th>1 ประเด็น</th> <th>2 ประเด็น</th> <th>3 ประเด็น</th> <th>4 ประเด็น</th> <th>5 ประเด็น</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>					จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน					1 ประเด็น	2 ประเด็น	3 ประเด็น	4 ประเด็น	5 ประเด็น	คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
	จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน																			
	1 ประเด็น	2 ประเด็น	3 ประเด็น	4 ประเด็น	5 ประเด็น															
คะแนน	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5															
การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>ค่าคะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความพร้อมใช้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร</td> <td>0.5</td> <td>ระดับ 4</td> <td>4.0000</td> <td>0.0200</td> </tr> </tbody> </table>				ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	ความพร้อมใช้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	0.5	ระดับ 4	4.0000	0.0200							
ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก																
ความพร้อมใช้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	0.5	ระดับ 4	4.0000	0.0200																

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำเว็บไซต์ในการให้บริการประชาชน 2. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันอัคคีภัย 3. จัดทำแนวทางสำรองและกู้คืนข้อมูล 4. จัดทำแผนฉุกเฉินสารสนเทศ เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

<p>รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) <input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน</p>													
<p>ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาปรับปรุงสารสนเทศ ตัวชี้วัดที่ 4.1.3 เนื้อหาใช้ประโยชน์ในศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล (HOC/DOC)</p>													
<p>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :</p> <p>1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 3. นายยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 4. นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452</p>	<p>ผู้จัดเก็บข้อมูล :</p> <p>นายปพนวิช เรืองประทีป (หัวหน้างานข้อมูลข่าวสาร) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7589</p>												
<p>คำอธิบาย :</p> <p>จากนโยบายของรัฐบาลที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดินอย่างจริงจัง สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี (PMOC) เป็นศูนย์กลางข้อมูลในการบริหารราชการแผ่นดิน โดยทุกกระทรวงและหน่วยงานระดับกรมจะรายงานข้อมูลด้านสารสนเทศการจัดการ ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไปยังศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี โดยมีศูนย์ปฏิบัติการกระทรวง (MOC) เป็นตัวกลางเชื่อมต่อลงมายังศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม (Department Operation Center : DOC) เป็นลำดับขั้น</p> <p>ดังนั้น รัฐบาลจึงมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานของรัฐ มีมาตรฐานในการจัดเก็บข้อมูล มีการวิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอข้อมูลอย่างเป็นระบบ ชัดเจน รวดเร็ว ถูกต้องและทันสมัย รวมทั้งต้องมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม เพื่อสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรมถึงกระทรวง และจากระดับกระทรวงถึงระดับนายกรัฐมนตรี</p> <p>แนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ข้อมูลสนับสนุนการบริหารงานจัดการ (Area Base) 2) ข้อมูลเพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการ (Function Base) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับวาระแห่งชาติและนโยบายสำคัญ (Agenda Base) 													
<p>ข้อมูลผลการดำเนินงาน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการทบทวนข้อมูลให้มีความถูกต้องครบถ้วนตามแนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการวิเคราะห์และจัดทำรายการข้อมูลของหน่วยงาน ที่ได้พัฒนาหรือปรับปรุงตามตามแนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>มีการจัดทำข้อมูล สารสนเทศ หรือรายงานที่สำคัญ และใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานร่วมกันภายในหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>มีการจัดทำรายงาน หรือสารสนเทศเพื่อการบริหารงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน (MIS) และส่งให้กรมการแพทย์ เพื่อนำเสนอในระบบ DMS Data Center</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการทบทวนข้อมูลให้มีความถูกต้องครบถ้วนตามแนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล	2	มีการวิเคราะห์และจัดทำรายการข้อมูลของหน่วยงาน ที่ได้พัฒนาหรือปรับปรุงตามตามแนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล	3	มีการจัดทำข้อมูล สารสนเทศ หรือรายงานที่สำคัญ และใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานร่วมกันภายในหน่วยงาน	4	มีการจัดทำรายงาน หรือสารสนเทศเพื่อการบริหารงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน (MIS) และส่งให้กรมการแพทย์ เพื่อนำเสนอในระบบ DMS Data Center	5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีการทบทวนข้อมูลให้มีความถูกต้องครบถ้วนตามแนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล												
2	มีการวิเคราะห์และจัดทำรายการข้อมูลของหน่วยงาน ที่ได้พัฒนาหรือปรับปรุงตามตามแนวทางในการจัดทำข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม/ระดับโรงพยาบาล												
3	มีการจัดทำข้อมูล สารสนเทศ หรือรายงานที่สำคัญ และใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานร่วมกันภายในหน่วยงาน												
4	มีการจัดทำรายงาน หรือสารสนเทศเพื่อการบริหารงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน (MIS) และส่งให้กรมการแพทย์ เพื่อนำเสนอในระบบ DMS Data Center												
5	มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ พร้อมเอกสารหลักฐาน และส่งให้สำนักสารสนเทศการแพทย์ประเมินผล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560												

เกณฑ์การให้คะแนน :

พิจารณาจากจำนวนประเด็นที่สามารถจัดทำข้อมูลสนับสนุนศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม ได้ดังนี้

	จำนวนประเด็นตามระดับคะแนน				
	1 ประเด็น	2 ประเด็น	3 ประเด็น	4 ประเด็น	5 ประเด็น
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการจัดทำข้อมูลสนับสนุนศูนย์ ปฏิบัติการระดับกรม (DOC)	1	ระดับ 5	5.0000	0.0500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. หน้าเว็บไซต์ในการเผยแพร่ข้อมูล
2. การเชื่อมข้อมูลกับศูนย์ปฏิบัติการระดับกรม ทางเว็บไซต์กรมการแพทย์ / Mail สำนักสารสนเทศทางการแพทย์
3. รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำเดือน ประจำไตรมาส (ข้อมูลรายงานมาตรฐาน 12แฟ้มไฟล์/43แฟ้มไฟล์)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบสารสนเทศ และให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบอย่างสม่ำเสมอ คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศและข้อมูลข่าวสาร เป็นกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล มีหน่วยงานพัฒนาซอฟต์แวร์ และมีการปรับปรุงพัฒนาระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการส่งข้อมูลมาตรฐาน 12แฟ้มไฟล์/43แฟ้มไฟล์

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน
---	--

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล
ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 4. นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ : 036422515ต่อ123
---	---

คำอธิบาย :

พิจารณาจากผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร โดยดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การฝึกอบรม การสอนงาน การมอบหมายงาน ศึกษาดูงาน ประชุม สับเปลี่ยนหมุนเวียนงาน โดยสำรวจในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรที่เป็นทางการ
2. การพัฒนาบุคลากรในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ
3. การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองและบุคลากร

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

วิธีการเก็บข้อมูล หน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจเฉพาะข้าราชการและกำหนดจำนวน กลุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติตามระเบียบวิธีวิจัย โดยใช้แบบสอบถามตามที่กรมการแพทย์กำหนด ซึ่งจะใช้ผลการสำรวจระดับความพึงพอใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปนำไปคิดคำนวณ โดยส่งสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2560

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น	
	2558	2559	2560 (รอบ6เดือน)	2559	2560 (รอบ6เดือน)
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร	69.52	72.63	63.81	4.47	-12.14

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด
1	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ร้อยละ 60
2	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ร้อยละ 65
3	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ร้อยละ 70
4	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ร้อยละ 75
5	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการพัฒนาศักยภาพขององค์กร ร้อยละ 80

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบการ พัฒนาบุคลากรขององค์กร	1	69.18	2.8360	0.0284

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

มีการสำรวจจากแบบสอบถาม

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. ผู้บริหารระดับสูง และคณะผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคคล เพื่อให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน บรรลุเป้าหมายขององค์กร
2. สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ เผยแพร่กรอบแนวทางการดำเนินงาน แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์การ กรมการแพทย์ บน website ผ่านระบบ Intranet จัดส่งคู่มือแนวทางการประเมินมาตรฐานการฝึกอบรมตามหลักเกณฑ์การ ประกันคุณภาพการฝึกอบรมกรมการแพทย์ และแนวทางการพัฒนาบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการให้กับหน่วยงาน สามารถ นำมาใช้เป็นแนวทางและประยุกต์ เพื่อการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. การส่งบุคลากร ประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราวไปฝึกอบรมตามหลักสูตรวิชาชีพ มีข้อจำกัดในการส่ง บุคลากร เข้ารับการพัฒนา เนื่องจากยังไม่มีระเบียบฯ รองรับ
2. ความมั่นคงทางอาชีพของบุคลากร ประเภทลูกจ้างชั่วคราว เป็นข้อจำกัดในการพิจารณาส่งเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตรวิชาชีพ ที่สำคัญ ๆ ทำให้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง : เอกสารสรุปแบบสอบถามความพึงพอใจ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
ชื่อตัวชี้วัด : 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล ตัวชี้วัดที่ 4.2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ														
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 3. นายยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 4. นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ : 036422515ต่อ123												
คำอธิบาย : ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ พิจารณาจากการดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการตั้งแต่ระดับองค์กรจนถึงระดับรายบุคคล การดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์ การเลื่อนเงินเดือนตามระยะเวลา และการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยส่งสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2560														
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการดำเนินการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการระดับรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน โดยให้แสดงแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2559 – 31 มี.ค.2560) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2560 – 30 ก.ย. 2560)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและการประเมินสมรรถนะในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยให้แสดงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2559 – 31 มี.ค.2560) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2560 – 30 ก.ย. 2560) ส่งให้กรมการแพทย์</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ผู้บังคับบัญชาผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการแจ้งผลการประเมินให้ผู้ใต้บังคับบัญชาที่ถูกประเมินทราบ เป็นรายบุคคล โดยแสดงหลักฐานการแจ้งผลให้ทราบ</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ส่งคำขอการเลื่อนเงินเดือนได้ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด ทั้ง 2 รอบการประเมินฯ โดยยึดถือตามวันที่ลงรับเรื่องของสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>มีการดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบสมรรถนะ โดยมีผลการสำรวจความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการดำเนินการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการระดับรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน โดยให้แสดงแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2559 – 31 มี.ค.2560) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2560 – 30 ก.ย. 2560)	2	มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและการประเมินสมรรถนะในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยให้แสดงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2559 – 31 มี.ค.2560) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2560 – 30 ก.ย. 2560) ส่งให้กรมการแพทย์	3	ผู้บังคับบัญชาผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการแจ้งผลการประเมินให้ผู้ใต้บังคับบัญชาที่ถูกประเมินทราบ เป็นรายบุคคล โดยแสดงหลักฐานการแจ้งผลให้ทราบ	4	ส่งคำขอการเลื่อนเงินเดือนได้ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด ทั้ง 2 รอบการประเมินฯ โดยยึดถือตามวันที่ลงรับเรื่องของสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล	5	มีการดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบสมรรถนะ โดยมีผลการสำรวจความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน													
1	มีการดำเนินการจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติราชการระดับรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน โดยให้แสดงแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2559 – 31 มี.ค.2560) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2560 – 30 ก.ย. 2560)													
2	มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและการประเมินสมรรถนะในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ โดยให้แสดงการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแบบประเมินรายบุคคลของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน ตามรอบการประเมินบุคคลรอบที่ 1 (1 ต.ค. 2559 – 31 มี.ค.2560) และรอบที่ 2 (1 เม.ย. 2560 – 30 ก.ย. 2560) ส่งให้กรมการแพทย์													
3	ผู้บังคับบัญชาผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการแจ้งผลการประเมินให้ผู้ใต้บังคับบัญชาที่ถูกประเมินทราบ เป็นรายบุคคล โดยแสดงหลักฐานการแจ้งผลให้ทราบ													
4	ส่งคำขอการเลื่อนเงินเดือนได้ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด ทั้ง 2 รอบการประเมินฯ โดยยึดถือตามวันที่ลงรับเรื่องของสำนักบริหารทรัพยากรบุคคล													
5	มีการดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานและระบบสมรรถนะ โดยมีผลการสำรวจความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60													

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	√	√	√	√	√

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการประเมินผล การปฏิบัติราชการ	1	ระดับ 5	5.0000	0.0500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานตามกรอบการประเมินปฏิบัติราชการของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร (กพร.) กรมการแพทย์ โดยนำผลการประเมินมาเชื่อมโยงกับการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาองค์กร และการบริหารงานบุคคลให้ครอบคลุมทุกระดับ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล เป็นหน่วยงานที่รับนโยบาย แนวทางและมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ไปปฏิบัติโดยประสานกับคณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดภายในองค์กร รวมทั้งติดตาม รายงานผล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และ ผู้บริหารรับทราบ ตามระยะเวลาที่กำหนด

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้บริหารสูงสุดให้การสนับสนุนทรัพยากรและคณะผู้บริหารระดับกลางของหน่วยงานให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามแนวทางและตามแผนปฏิบัติการ การบริหารผลการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งเป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปีงบประมาณ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. การบริหารวงเงินสำหรับการโอนเงินเดือนยังเป็นข้อจำกัดในการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมุ่งเน้นผลการทำงานให้กับองค์กร
2. แนวทางการบริหารผลการปฏิบัติงานบุคลากรแต่ละประเภทมีความแตกต่างยังเป็นข้อจำกัดในการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมุ่งเน้นผลการทำงานให้กับองค์กร

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : เอกสารสรุปแบบสอบถามความพึงพอใจ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน			
ชื่อตัวชี้วัด : 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล ตัวชี้วัดที่ 4.2.3 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล(รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 3. นางยุพา ศรีณยูเศรษฐ์(รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 4. นายมงคล ทองแผ่(รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ)โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล โทรศัพท์ : 036422515ต่อ123			
คำอธิบาย : <p>พิจารณาจากผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร โดยดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กรในด้านต่างๆ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้านภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กร เช่น การกำหนดนโยบายการบริหารงานที่ชัดเจนและถ่ายทอดให้บุคลากรได้รับทราบ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนงาน มีความภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน มีความสุขที่สามารถทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถขอคำปรึกษาจากผู้บังคับบัญชาได้ มีช่องทางสื่อสารข้อมูลภายในองค์กร มีการทำงานเป็นทีม ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น มีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการทำงาน มีระบบแสงสว่างเพียงพอ สถานที่ทำงานสะอาดน่าอยู่ มีอุปกรณ์และวัสดุในการปฏิบัติงาน มีระบบป้องกันภัย เช่น ล็อกวงจรปิดเพื่อป้องกันการละเมิดหรือคุกคามทางเพศ ด้านสวัสดิการ เช่น มีการช่วยเหลือบุคลากรกรณีประสบภัยพิบัติ มีสหกรณ์ออมทรัพย์ มีรถรับ-ส่ง เจ้าหน้าที่บุคลากร หมายถึง ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน <p>วิธีการเก็บข้อมูล หน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจเฉพาะข้าราชการ และกำหนดจำนวน กลุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติตามระเบียบวิธีวิจัย โดยใช้แบบสอบถามตามที่กรมการแพทย์กำหนด ซึ่งจะใช้ผลการสำรวจระดับความพึงพอใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปนำไปคิดคำนวณ โดยส่งสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจให้สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2560</p>					
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น	
	2558	2559	2560 (รอบ6เดือน)	2559	2560 (รอบ6เดือน)
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	81.41	73.40	65.47	-9.84	-10.80

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์ที่กำหนด
1	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กร ร้อยละ 60
2	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กร ร้อยละ 65
3	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กร ร้อยละ 70
4	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กร ร้อยละ 75
5	บุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กร ร้อยละ 80

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	1	69.95	2.9900	0.0299

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

มีการสำรวจจากแบบสอบถาม

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. เป็นนโยบายกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี กำหนดให้มีการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากร เพื่อทราบความคิดเห็นและความต้องการของบุคลากร และนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการด้านงานบุคคล
2. ผู้บริหารสูงสุดให้การสนับสนุนทรัพยากรบุคคลและคณะผู้บริหารระดับกลางของหน่วยงาน ให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตและความผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ให้บรรลุตามเป้าหมาย

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : เอกสารสรุปแบบสอบถามความพึงพอใจ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
ชื่อตัวชี้วัด : 4.3 ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน ตัวชี้วัดที่ 4.3.1 ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน													
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7560 3. นายยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7514 4. นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ7452	ผู้จัดเก็บข้อมูล : น.ส.สิริวีร์ กীরติฉายาสิริทธิ์ (เลขาธิการคณะกรรมการตรวจสอบภายใน) โทรศัพท์ : 036422515ต่อ119												
คำอธิบาย : <p>การตรวจสอบภายใน คือ กิจกรรมให้ความเชื่อมั่น (Assurance Services) และการให้คำปรึกษา (Consulting Services) อย่างเป็นอิสระและเที่ยงธรรม ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร ช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>การตรวจสอบภายในภาครัฐ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการควบคุมภายในที่ดี ที่ผู้บริหารควรใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานองค์กร ให้เกิดผลสัมฤทธิ์บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเห็นชอบให้กำหนดตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายในไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เพื่อให้หน่วยงานมีระบบการกำกับดูแลองค์การที่ดีตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงาน การปฏิบัติตามนโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับ คำสั่ง และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง สอบทานความเพียงพอเหมาะสมของระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน ติดตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายใน กรมการแพทย์ และรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารของหน่วยงานและกลุ่มตรวจสอบภายในทราบ</p>													
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ระดับคะแนน</th> <th style="width: 85%;">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มีการประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตรวจสอบและจัดทำแผนการตรวจสอบ</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>เสนอแผนการตรวจสอบและได้รับอนุมัติแผนการตรวจสอบจากผู้บริหารของหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ดำเนินการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบ</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>สรุปผลการตรวจสอบกับหัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่าย ของหน่วยที่ตรวจสอบ</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>รายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารของหน่วยงานและผู้บริหารของหน่วยงานทราบพร้อมส่งสำเนาผลการตรวจสอบให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	มีการประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตรวจสอบและจัดทำแผนการตรวจสอบ	2	เสนอแผนการตรวจสอบและได้รับอนุมัติแผนการตรวจสอบจากผู้บริหารของหน่วยงาน	3	ดำเนินการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบ	4	สรุปผลการตรวจสอบกับหัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่าย ของหน่วยที่ตรวจสอบ	5	รายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารของหน่วยงานและผู้บริหารของหน่วยงานทราบพร้อมส่งสำเนาผลการตรวจสอบให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	มีการประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตรวจสอบและจัดทำแผนการตรวจสอบ												
2	เสนอแผนการตรวจสอบและได้รับอนุมัติแผนการตรวจสอบจากผู้บริหารของหน่วยงาน												
3	ดำเนินการตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบ												
4	สรุปผลการตรวจสอบกับหัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่าย ของหน่วยที่ตรวจสอบ												
5	รายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารของหน่วยงานและผู้บริหารของหน่วยงานทราบพร้อมส่งสำเนาผลการตรวจสอบให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560												
เกณฑ์การให้คะแนน :													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">ระดับ 1</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 2</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 3</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 4</th> <th style="width: 20%;">ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1	2	3	4	5		
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5									
1	2	3	4	5									

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน	2	ระดับ 5	5.0000	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : ประชุมเพื่อวางแผนการตรวจสอบและจัดทำแผนฯ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินงาน
2. รองผู้อำนวยการ 3 กลุ่มภารกิจ และหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงานที่ได้รับแต่งตั้งเป็นทีมให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านการตรวจสอบภายใน
3. ทุกหน่วยงานให้ความสำคัญการจัดทำแบบประเมินตนเองตามแบบของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินฯ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ทีมตรวจสอบภายใน ตำแหน่งรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ และหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน มีภาระงานประจำมากอยู่แล้ว ดังนั้น จึงไม่สามารถที่จะเข้าตรวจเยี่ยมในแต่ละหน่วยงานด้วยความถี่

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการตรวจสอบภายใน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)		<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน												
ชื่อตัวชี้วัด : 4.3 ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน ตัวชี้วัดที่ 4.3.2 ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน														
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7898 2. นางสุรัฐญา ศิริอาชากุล (รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7560 3. นายยุพา ศรีณยูเศรษฐ์ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7514 4. นายมงคล ทองแผ่ (รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 7452		ผู้จัดเก็บข้อมูล : น.ส.สิริวีร์ กิริติฉายาสิริทธิ์ (เลขาคณะกรรมการตรวจสอบภายใน) โทรศัพท์ : 036422515 ต่อ 119												
คำอธิบาย : <p>การตรวจสอบภายใน คือ กิจกรรมให้ความเชื่อมั่น (Assurance Services) และการให้คำปรึกษา (Consulting Services) อย่างเป็นอิสระและเที่ยงธรรม ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร ช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>การตรวจสอบภายในภาครัฐ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการควบคุมภายในที่ดี ที่ผู้บริหารควรใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานองค์กร ให้เกิดผลสัมฤทธิ์บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเห็นชอบให้กำหนดตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายในไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เพื่อให้หน่วยงานมีระบบการกำกับดูแลองค์กรที่ดีตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงาน การปฏิบัติตามนโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับ คำสั่ง และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง สอบทานความเพียงพอเหมาะสมของระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน ติดตามผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายใน กรมการแพทย์ และรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารของหน่วยงานและกลุ่มตรวจสอบภายในทราบ</p>														
ข้อมูลผลการดำเนินงาน :														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ศึกษาแบบ ปย. 1 และแบบ ปย.2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ของทุกส่วนงานย่อย เพื่อจัดทำแผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ดำเนินการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>วิเคราะห์ผลการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>จัดทำรายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (แบบ ปส.) เสนอผู้บริหาร และคณะกรรมการควบคุมภายในของหน่วยงานทราบ</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ส่งสำเนาแผนการสอบทาน กระดาษทำการ และรายงานตามขั้นตอนที่ 3 และ 4 ให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.2559	1	ศึกษาแบบ ปย. 1 และแบบ ปย.2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ของทุกส่วนงานย่อย เพื่อจัดทำแผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน	2	ดำเนินการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน	3	วิเคราะห์ผลการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน	4	จัดทำรายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (แบบ ปส.) เสนอผู้บริหาร และคณะกรรมการควบคุมภายในของหน่วยงานทราบ	5	ส่งสำเนาแผนการสอบทาน กระดาษทำการ และรายงานตามขั้นตอนที่ 3 และ 4 ให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ.2559													
1	ศึกษาแบบ ปย. 1 และแบบ ปย.2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ของทุกส่วนงานย่อย เพื่อจัดทำแผนการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน													
2	ดำเนินการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน													
3	วิเคราะห์ผลการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงาน													
4	จัดทำรายงานผลการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน (แบบ ปส.) เสนอผู้บริหาร และคณะกรรมการควบคุมภายในของหน่วยงานทราบ													
5	ส่งสำเนาแผนการสอบทาน กระดาษทำการ และรายงานตามขั้นตอนที่ 3 และ 4 ให้กลุ่มตรวจสอบภายใน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560													
เกณฑ์การให้คะแนน :														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1	2	3	4	5		
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5										
1	2	3	4	5										

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการ ดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผล การควบคุมภายใน	1	ระดับ 5	5.0000	0.0500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : ประชุมร่วมกับเลขานุการคณะกรรมการควบคุมภายในเพื่อวางแผนการจัดเก็บแบบ ปย.

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินงาน

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : ภาระงานประจำที่มีมาก จึงไม่สามารถเข้าตรวจเยี่ยมได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : รายงานผลการตรวจสอบภายใน