



คำรับรองการปฏิบัติราชการ
ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. คำรับรองระหว่าง

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผู้รับคำรับรอง

และ

ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR)

ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR) กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR) ได้พิจารณาและเห็นชอบกับแผนปฏิบัติราชการ ของตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR) กรอบการประเมินผล ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่กำหนดในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR) ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้



๕. ข้าพเจ้า ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR) ได้ทำความเข้าใจ คำรับรองตามข้อ ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้
๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรองได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการ และเห็นพ้องต้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



(นายณัฐกร จำปาทอง)

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖



(นายวฤทธ มงคลเนาวรัตน์)

ตัวแทนฝ่ายบริหารด้านพัฒนาคุณภาพ (QMR)

วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖



ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ลำดับที่	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด PM	เป้าหมาย 6 เดือน	รอบ 6 เดือน					เป้าหมาย 12 เดือน	รอบ 12 เดือน				
				1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสถาบันสู่ศูนย์กลางแห่งความเป็นเลิศด้านนิติสุขภาพจิต														
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง จำนวน 1 ตัว														
1	15.ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุการระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ทีม RM	80	65	70	75	80	85	85	65	70	75	80	85
ยุทธศาสตร์ที่ 3 บริหารจัดการภาคีเครือข่ายนิติสุขภาพจิตและจิตเวชที่เข้มแข็ง														
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยกระดับสถาบันสู่องค์กรสมรรถนะสูง ทันสมัย และมีธรรมาภิบาล จำนวน 9 ตัว														
2	20. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรฐาน Green & Clean Hospital	กลุ่มภารกิจอำนวยการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	0	1	2	3	4	5	5	1	2	3	4	5
3	21. ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HA /ISO 9001:2015	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	100	20	40	60	80	100	100	20	40	60	80	100
4	22. ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ISO 27001:2013	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	100	20	40	60	80	100	100	20	40	60	80	100

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ลำดับที่	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด PM	เป้าหมาย 6 เดือน	รอบ 6 เดือน					เป้าหมาย 12 เดือน	รอบ 12 เดือน				
				1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
5	23. ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (HS4)	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	-	-	-	-	-	-	≥85	≥40	41-50	50-60	≥60	≥85
6	24. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ ทุก กลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	-						90	70	75	80	85	90
	- ผู้ป่วยใน		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90
	- ผู้ป่วยนอก		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90
	- ภาพรวมผู้รับบริการ		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90
	- เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 5		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90
	- ผู้มาศึกษาดูงาน/อบรม		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90
	- เครือข่ายนิติจิตเวช		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90
	- แพทย์ทางเลือก		-	-	-	-	-	-	90	70	75	80	85	90

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ลำดับที่	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด PM	เป้าหมาย 6 เดือน	รอบ 6 เดือน					เป้าหมาย 12 เดือน	รอบ 12 เดือน				
				1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
7	25. ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน **	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	≥45	30.00 - 34.99	35.00 - 39.99	40.00 - 44.99	≥45		≥85	70.00 - 74.99	75.00 - 79.99	80.00 - 84.99	≥85	-
8	26. ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล **	กลุ่มภารกิจอำนวยการ กลุ่มงานเทคโนโลยีและ คอมพิวเตอร์ ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	5	1	2	3	4	5	5	1	2	3	4	5
9	27. ร้อยละของรายได้สุทธิต่อปีเพิ่มขึ้น	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานการเงินและบัญชี) ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	-	-	-	-	-	-	10	2	4	6	8	10
10	28. ร้อยละของผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	กลุ่มภารกิจอำนวยการ/ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ สารสนเทศ)/ ทุกกลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน	95	75	80	85	90	95	95	75	80	85	90	95

ลงนามรับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์.....*นันท*.....

3 กุมภาพันธ์ 2566