

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเมินการดำเนินงานตาม
แนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 ตามประกาศกระทรวง
สาธารณสุข เรื่อง เกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและ
เวชภัณฑ์ที่มีใบยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564

Google ฟอรัม <forms-receipts-noreply@google.com>
ถึง: cpdho00377@gmail.com

10 มีนาคม 2568 เวลา 14:50

ขอบคุณที่กรอกข้อมูลใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ประเมินการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง
เกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่
มีใบยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564

นี่คือคำตอบที่ได้รับ

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ประเมินการดำเนินงานตาม
แนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ
พ.ศ. 2567-2568 ตามประกาศกระทรวง
สาธารณสุข เรื่อง เกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัด
หาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่
มีใบยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564**

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อปฎิบัติเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์
ที่มีใบยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 และแนวปฏิบัติของหน่วยงาน ใช้ในการเสริมสร้างธรรมาภิบาล
ระบบยา ปลุกและปลุกจิตสำนึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์จริยธรรมฯ นี้ ให้ความเข้าใจในเรื่องการขั
ดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวกับผลประโยชน์ส่วนรวม และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยา
อย่างสมเหตุสมผลให้เป็นรูปธรรม

อีเมล *

cpdho00377@gmail.com

ประเภทหน่วยงาน *

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

☒ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ชื่อหน่วยงาน *

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนแพ

จังหวัด *

ขอนแก่น

เขตสุขภาพ *

☐ เขตสุขภาพที่ 1

☐ เขตสุขภาพที่ 2

☐ เขตสุขภาพที่ 3

☐ เขตสุขภาพที่ 4

☐ เขตสุขภาพที่ 5

☐ เขตสุขภาพที่ 6

☒ เขตสุขภาพที่ 7

☐ เขตสุขภาพที่ 8

☐ เขตสุขภาพที่ 9

☐ เขตสุขภาพที่ 10

☐ เขตสุขภาพที่ 11

☐ เขตสุขภาพที่ 12

โปรดประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ ตามหัวข้อต่อไปนี้ สำหรับข้อที่ตอบว่า “มี” ให้
แนบหลักฐานที่มีการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2568 ประกอบด้วย

1. มีการจัดทำแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและ
เวชภัณฑ์ที่มีขายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ที่ ประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร
แสดงไว้ในที่เปิดเผย

*

☐ ใช่ ได้จัดทำแนวปฏิบัติฯ และประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงไว้ในที่เปิดเผย

☒ ไม่ใช่

หลักฐาน : ถ้าใช่ ขอให้แนบลิงก์ (1) แนวปฏิบัติที่หน่วยงานจัดทำขึ้นตามเกณฑ์จริยธรรมการจัด
ซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีขายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.
2564 และ (2) ภาพถ่ายว่าได้แสดงแนวทางปฏิบัติไว้ในที่เปิดเผย
(เช่น เว็บไซต์หลักของหน่วยงาน หรือบริเวณสำนักงานฯ หรือบริเวณหน่วยจัดซื้อ ฯลฯ)

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

*

-

2. มีนโยบายหรือการจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังวัฒนธรรม และปลูกจิตสำนึกบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
กับเกณฑ์จริยธรรมในประเด็นการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวกับผลประโยชน์ส่วนรวม

*

☐ ใช่ มีนโยบายหรือมีการจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังวัฒนธรรม และปลูกจิตสำนึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องฯ

☒ ไม่ใช่

หลักฐาน : ถ้าใช่ ขอให้แนบลิงก์แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (1) ภาพถ่าย
หรือข่าวประชาสัมพันธ์

ภาพการจัดกิจกรรม ผลการประเมินกิจกรรม ตารางกำหนดการจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝัง
วัฒนธรรม และปลูกจิตสำนึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์จริยธรรมนี้
ให้มีความเข้าใจเรื่องการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวกับผลประโยชน์ส่วนรวม หรือ
(2) เอกสารเพื่อแสดงตนว่ากรรมการท่านใดมีหรือไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการประชุมเพื่อ
คัดเลือกเข้าหรือออกจากบัญชียาของเขตสุขภาพ
/ จังหวัด / อำเภอ / อบจ. หรือไม่

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

*

-

3.

มีการกำกับ ติดตาม การนำนโยบายและแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ
ในพื้นที่ *



ใช่ มีการกำกับ ติดตาม การนำนโยบายและแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ในพื้นที่



ไม่ใช่

หลักฐาน : ถ้าใช่ ขอให้แนบสิ่งแสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (1) สรุปผลการ
นิเทศหรือติดตามงานประจำปี หรือ (2) รูปภาพหรือกิจกรรมที่ดำเนินการ

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

*

-

4. บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไยา

4.1 หน่วยงานของท่านเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดซื้อจัดหาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไยาร่วมระดับ
จังหวัด / เขต / อำเภอ

*



ใช่



ไม่ใช่

☐ ไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดหาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

4.2 หากหน่วยงานของท่านร่วมเป็นคณะกรรมการในข้อ 4.1 คณะกรรมการดังกล่าว ได้จัดมีการประชุมคัดเลือกกรายการยา โดยได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อการจัดหาและการส่งเสริมการขายยากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

*

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

หลักฐาน : ถ้าใช่ ขอให้แนบสิ่งแสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่มีชื่อหน่วยงานของท่านเป็นผู้รับผิดชอบ หรือ (2) รายงานการประชุมหรือรายงานผลการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด / เขต / อำเภอ หรือ องค์การปกครองท้องถิ่น หรือ (3) เอกสารเพื่อแสดงตนว่าคณะกรรมการท่านใดมีผลประโยชน์ทับซ้อนในการประชุมเพื่อคัดเลือกยาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา

(กรณีไม่มีการดำเนินการ หรือไม่มีความเกี่ยวข้อง ให้ใส่เครื่องหมาย -)

*

-

4.3 หน่วยงานของท่านเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นในการจัดซื้อจัดหาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา *

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

4.4 คณะกรรมการในข้อ 4.3 ได้จัดให้มีการเฝ้าระวัง ติดตาม เปรียบเทียบคุณภาพและราคาของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ในการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด / เขต / อำเภอ หรือองค์การปกครองท้องถิ่น *

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

หลักฐาน : ถ้าใช่ ขอให้แนบลิงก์ รายงานการประชุมเรื่องการเฝ้าระวัง ติดตาม เปรียบเทียบคุณภาพและราคาของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไซยา

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

*

4.5 กรณีบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นคณะกรรมการในข้อ 4.1 หรือ 4.3 แล้วรับการสนับสนุนจากบริษัทยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เข้าร่วมประชุม สัมมนา อบรม อบรม ดูงาน หรือบรรยายทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ได้มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 *

☐ ใช่

☒ ไม่ใช่

หลักฐาน : ถ้าใช่ ขอให้แนบลิงก์ หนังสืออนุมัติจากผู้บริหารให้เข้าร่วมประชุมได้ ฯลฯ *

ข้อเสนอแนะ

โปรดให้คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับแนวทางปฏิบัติในการกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยาที่ควรนำมาใช้ เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลในระบบยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

*

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

คำนำหน้านาม *

☐ นาย

☒ นาง

☐ นางสาว

☐ อื่นๆ: _____

ชื่อ *

รตนากร _____

นามสกุล *

พลโพธิ์ _____

ตำแหน่ง *

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน _____

หมายเลขโทรศัพท์ *

0943107991 _____

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ *

0943107991 _____

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

โปรดตรวจสอบการสะกดอีเมล และลิงก์การส่งข้อมูล ก่อนกดส่งข้อมูล หากท่านสะกดอีเมลไม่ถูกต้อง อาจทำให้ไม่สามารถรับสำเนาคำตอบทางอีเมลได้ และขอให้ตรวจสอบสำเนาคำตอบทางอีเมลโดยทันที หลังจากกด "ส่ง" กรณีสะกดอีเมลถูกต้องแล้ว แต่ไม่ได้รับสำเนาคำตอบโปรดตรวจสอบในฟีดแบร์กถึงขยะ / อีเมลขยะ ในอีเมลของท่าน

*



รับทราบ

สร้าง Google ฟอร์มของคุณเอง

Does this form look suspicious? รายงาน