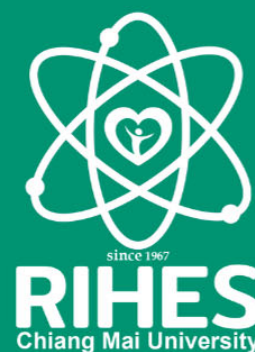


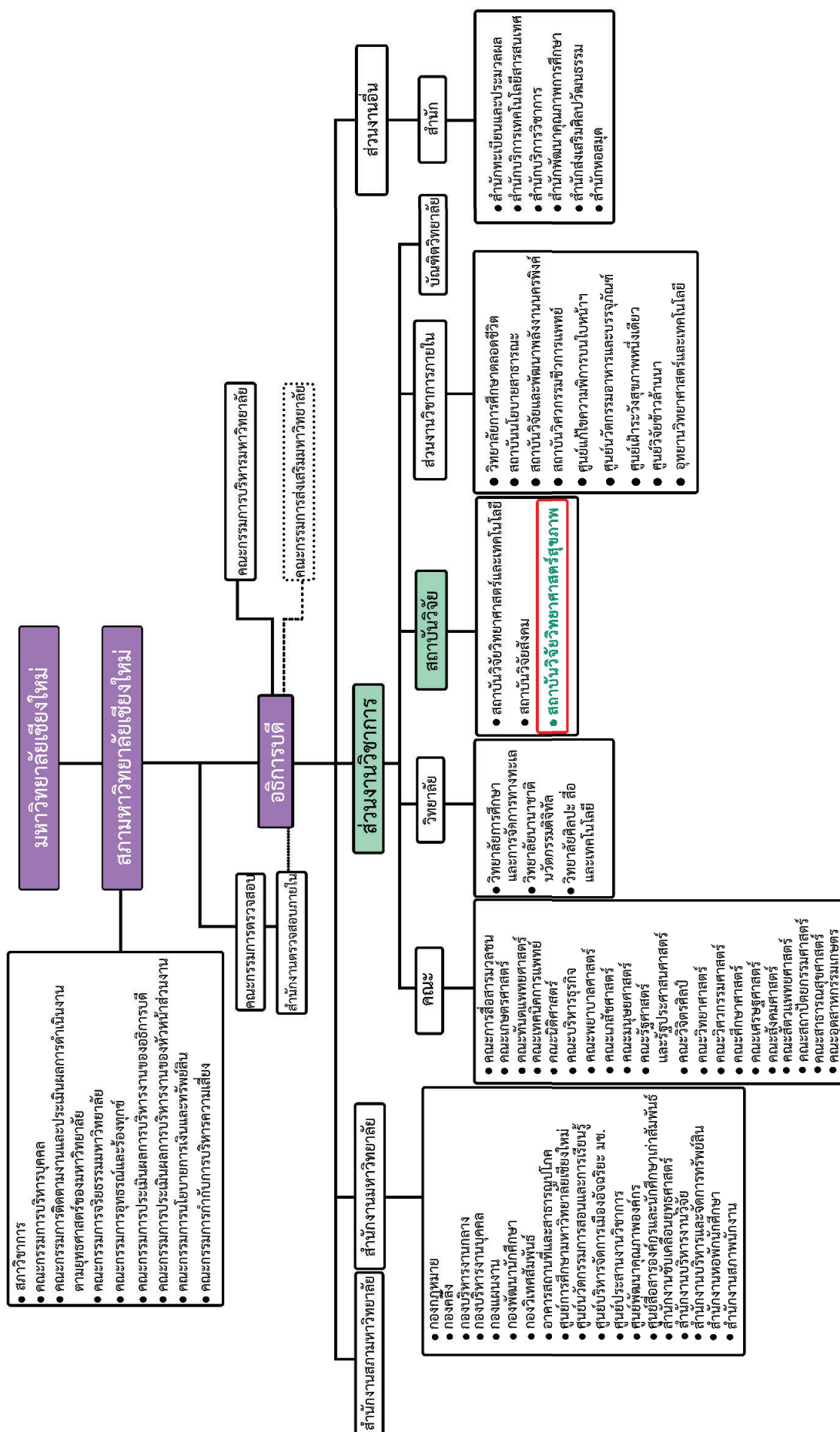
รายงานการประเมินตนเอง
ตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการศึกษา
เพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (CMU-EdPEx)
ประจำปีการศึกษา 2564

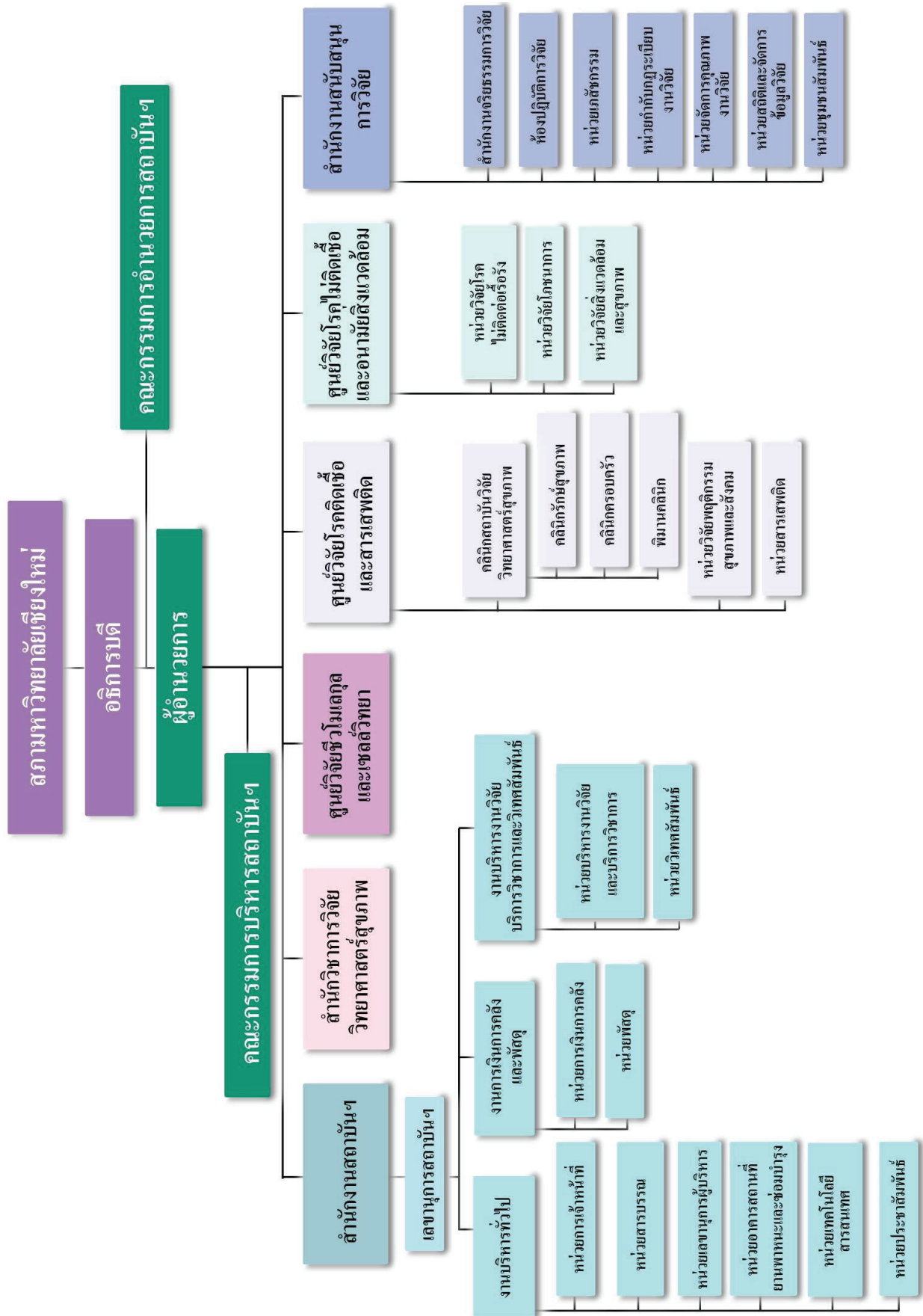
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



สารบัญ

โครงสร้างองค์กรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพภายใต้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	O1
โครงสร้างองค์กรภายในของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ	O2
โครงสร้างองค์กร	
P.1 ลักษณะองค์กร	i
P.2 สถานการณ์ขององค์กร	ix
หมวดที่ 1 การนำองค์กร	
1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	1
1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม	7
หมวดที่ 2 กลยุทธ์	
2.1 การจัดทำกลยุทธ์	14
2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	21
หมวดที่ 3 ลูกค้า	
3.1 ความคาดหวังของลูกค้า	26
3.2 ความผูกพันของลูกค้า	31
หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	36
4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้	41
หมวดที่ 5 บุคลากร	
5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	45
5.2 ความผูกพันของบุคลากร	49
หมวดที่ 6 การปฏิบัติการ	
6.1 กระบวนการทำงาน	56
6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	63
หมวดที่ 7 ผลลัพธ์	
7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ	67
7.2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้า	74
7.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร	76
7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร	81
7.5 ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์	88





โครงร่างองค์กร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

P.1 ลักษณะองค์กร

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Research Institute for Health Sciences - RIHES) เป็นส่วนงานวิชาการเทียบเท่าคณะในสังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2510 โดยมีพันธกิจหลักในการดำเนินการและผลิตผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่นำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับโลก สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำที่รับผิดชอบต่อสังคมและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อที่ 3 (SDG3: Good Health and Well-Being)

ด้วยประสบการณ์และความสามารถในการดำเนินการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในระดับนานาชาติ ทำให้สถาบันฯ เป็นที่ยอมรับจากแหล่งทุนทั้งภายในและต่างประเทศมากกว่า 50 ปี โดยในปี พ.ศ. 2556 สถาบันฯ ร่วมกับศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยได้ก่อตั้ง หน่วยวิจัยทางคลินิก (Clinical trials Unit, CTU) โดยใช้ชื่อว่า THAI CTU (Thailand HIV/AIDS and Infectious Diseases CTU) เข้าสมัครแข่งกับหน่วยวิจัยทางคลินิกด้านเอชไอวีกว่า 60 แห่งทั่วโลก และได้รับการคัดเลือกให้เป็น 1 ใน 35 หน่วยวิจัยทางคลินิกในเครือข่ายวิจัยด้านเอชไอวี/เอดส์นานาชาติ (International HIV/AIDS Networks) ที่ได้รับทุนวิจัยด้านเอชไอวีจาก National Institutes of Health ประเทศสหรัฐอเมริกา (US NIH) อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เป็นหน่วยวิจัยเพียงแห่งเดียวในประเทศไทย, แห่งเดียวในทวีปเอเชีย, 1 ใน 6 ประเทศทั่วโลก, และ 1 ใน 16 แห่งนอกประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ได้รับทุนสนับสนุนโดยตรงจาก US NIH (รูปที่ P.1-1) โดยสถาบันฯ ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยด้านเอชไอวีและโรคติดเชื้อต่าง ๆ ปีละกว่า 100 ล้านบาท และได้รับอย่างต่อเนื่องทุกปีเป็นระยะเวลากว่า 20 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จนถึงปัจจุบัน



รูปที่ P.1-1 หน่วยวิจัยทางคลินิก (CTU) ด้านเอชไอวีทั่วโลกที่ได้รับทุนวิจัยจาก US NIH

ในปี พ.ศ. 2563 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้มอบหมายพันธกิจใหม่ให้สถาบันฯ จัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเริ่มเปิดรับนักศึกษารุ่นแรกในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565

ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร

(1) ผลิตภัณฑ์

ปัจจุบัน สถาบันฯ มีผลิตภัณฑ์หลัก 2 อย่างตามพันธกิจขององค์กร คือ

1. ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นผลิตภัณฑ์ที่สำคัญและส่งผลต่อความสำเร็จของสถาบันฯ ในสัดส่วนที่มากกว่า 75% โดยมุ่งเน้นการผลิตผลงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และสร้างนวัตกรรมที่นำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับโลก ได้แก่ โรคติดต่อ สารเสพติด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โภชนาการ มลภาวะ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีกลไกการส่งมอบผลงานวิจัยแก่ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังนี้ (1) การส่งมอบผลการดำเนินการวิจัย ผลงานวิจัย และผลงานนวัตกรรมแก่แหล่งทุน (2) การเผยแพร่ผลงานวิจัยในรูปแบบต่างๆ เช่น ตีพิมพ์ในวารสาร ตำรา หนังสือ บทความทางวิชาการ Clinical practice guidelines ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำองค์ความรู้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชน (3) การนำผลงานวิจัยที่เป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดเชิงพาณิชย์ และ (4) การนำองค์ความรู้และนวัตกรรมที่ได้จากการวิจัยไปให้ความรู้และสนับสนุนชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย

2. หลักสูตรบัณฑิตศึกษาด้านวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็น ผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองพันธกิจใหม่ด้านการเรียนการสอน ที่เพิ่งได้รับมอบหมายจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และเพิ่งเริ่มเปิดรับนักศึกษารุ่นแรกในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2565 จึงส่งผลต่อความสำเร็จของสถาบันฯ ในสัดส่วนราว 25% โดยมีกลไกการส่งมอบแก่ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังนี้ (1) การจัดการศึกษาหลักสูตรการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ซึ่งบัณฑิตที่จบการศึกษาหลักสูตรนี้จะได้รับปริญญาบัตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตและปรัชญาดุษฎีบัณฑิตตามลำดับจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ (2) การเผยแพร่ผลงานวิจัยของนักศึกษาในรูปแบบต่างๆ เช่น ตีพิมพ์ในวารสาร บทความทางวิชาการ ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำองค์ความรู้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชน

(2) พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม และวัฒนธรรม

สถาบันฯ มีพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยมและสมรรถนะหลัก ดังแสดงในรูปที่ P.1-2

พันธกิจหลักของสถาบันฯ ได้แก่ 1) ดำเนินการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณภาพในระดับมาตรฐานสากล และ 2) จัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาด้านการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

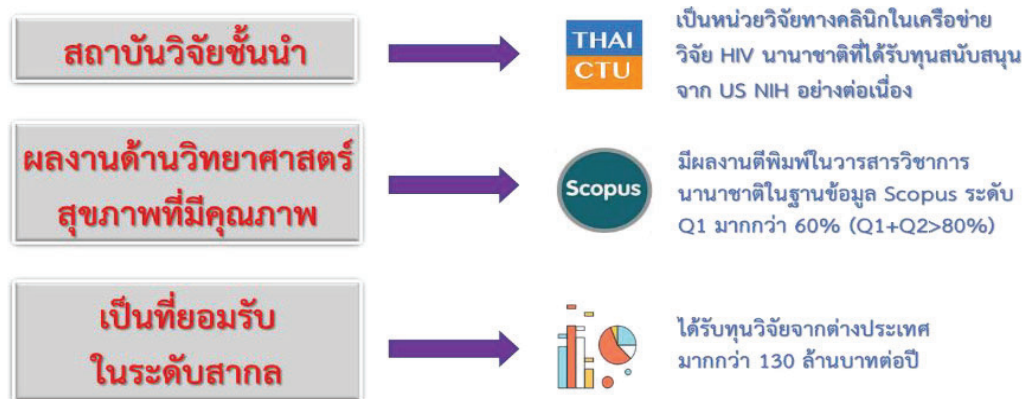
วิสัยทัศน์ของสถาบันฯ (ปี พ.ศ. 2564-2568) “สถาบันวิจัยชั้นนำ สร้างสรรค์ผลงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล” และมีเป้าหมายวิสัยทัศน์ ดังแสดงในรูปที่ P.1-3

ค่านิยม 5 ประการของสถาบันฯ คือ R-I-H-E-S ย่อมาจาก Research excellence (งานวิจัยเป็นเลิศ), Innovation (ก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่), Human Power (บุคลากรร่วมใจ), Ethics and Transparency (คุณธรรม โปร่งใส), และ Societal Contribution (รับใช้สังคม)

วัฒนธรรมองค์กรของสถาบันฯ คือ ร่วมด้วยช่วยกัน สร้างสรรค์คุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการสื่อสารที่เปิดกว้าง (ผ่านระบบการสื่อสารของสถาบันฯ ในหมวดที่ 1 ข้อ 1.1ข.) ความมุ่งมั่นในการสร้างผลงานที่โดดเด่น (ผ่าน



รูปที่ P.1-2 พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม วัฒนธรรม และสมรรถนะหลัก
ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ



รูปที่ P.1-3 เป้าหมายวิสัยทัศน์สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (2564-2568)

ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาของสถาบันฯ ในหมวดที่ 5 ข้อ 5.2ค.) และความผูกพันของบุคลากร (ผ่านระบบการสร้าง ความผูกพันของสถาบันฯ ในหมวดที่ 5 ข้อ 5.2)

สมรรถนะหลักของสถาบันฯ คือ 1) นักวิจัยระดับแนวหน้าของประเทศ และ 2) ระบบสนับสนุนการวิจัยระดับแนวหน้าของโลก เป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินการของสถาบันฯ

(3) ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

1. กลุ่ม ประเภท และข้อกำหนดด้านการศึกษาของบุคลากร

ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 สถาบันฯ มีบุคลากรทั้งหมด 218 คน (รูปที่ P.1-4) แบ่งเป็น 2 ประเภทตามการจ้างงาน ได้แก่ บุคลากรประจำ 82 คน (37.6%) ซึ่งจ้างโดยงบประมาณแผ่นดิน และบุคลากรชั่วคราว 136 คน (62.4%) ซึ่งจ้างโดยเงินของสถาบันฯ เอง โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มตามลักษณะการปฏิบัติงาน ได้แก่

(1) **กลุ่มนักวิจัย/อาจารย์/แพทย์** รวม 29 คน เป็นสมรรถนะหลักของสถาบันฯ คือ นักวิจัยระดับแนวหน้าของประเทศ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างและส่งมอบผลงานวิจัยให้แก่ลูกค้ากลุ่มต่างๆ

(2) **กลุ่มผู้ช่วยวิจัย** รวม 45 คน เป็นกำลังที่สำคัญของกลุ่มนักวิจัย/อาจารย์/แพทย์ มีบทบาทในการร่วมกันดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างและส่งมอบผลงานวิจัยให้แก่ลูกค้ากลุ่มต่างๆ

(3) **กลุ่มคลินิก** ได้แก่ พยาบาล/เจ้าหน้าที่คลินิกวิจัย 48 คน เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินการวิจัยทางคลินิกของสถาบันฯ

(4) **กลุ่มสนับสนุนการวิจัย** รวม 47 คนใน 8 หน่วยงานสนับสนุนการวิจัย ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักของสถาบันฯ คือ ระบบสนับสนุนการวิจัยระดับแนวหน้าของโลก

(5) **กลุ่ม Back Office** รวม 49 คนในสำนักงานสถาบันฯ/สำนักวิชา มีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก งานเอกสาร งานธุรการ งานการเงินการบัญชีและพัสดุ และการจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา เป็นกองหนุนสำคัญที่ทำให้ทั้งองค์กรสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บุคลากรของสถาบันฯ ต้องมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดด้านการศึกษาและขีดความสามารถ ดังแสดงในรูปที่ P.1-5

รูปที่ P.1-4 บุคลากรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กลุ่มบุคลากร	ประเภทของการจ้างงาน		เพศ		อายุงาน (ปี)			รวม (%)
	ประจำ	ชั่วคราว	ชาย	หญิง	0-5	6-10	>10	
1. กลุ่มนักวิจัย/อาจารย์/แพทย์	27	2	15	14	9	2	18	29 (13.3)
2. กลุ่มผู้ช่วยวิจัย	7	38	10	35	26	10	9	45 (20.6)
3. กลุ่มคลินิก	12	36	1	47	10	11	27	48 (22.0)
4. กลุ่มสนับสนุนการวิจัย	17	30	6	41	8	6	33	47 (21.6)
5. กลุ่ม Back Office	19	30	18	31	15	3	31	49 (22.5)
รวม (%)	82 (37.6)	136 (62.4)	50 (22.9)	168 (77.1)	68 (31.2)	32 (14.7)	118 (54.1)	218 (100)

รูปที่ P.1-5 บุคลากรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กลุ่มบุคลากร	ข้อกำหนดด้านการศึกษาและขีดความสามารถ	ผลลัพธ์
1. กลุ่มนักวิจัย/อาจารย์/แพทย์	- วุฒิปริญญาเอกหรือเทียบเท่า (อาจารย์/นักวิจัย/แพทย์) - มีประสบการณ์ในสาขาที่เป็นทิศทางการวิจัยของสถาบันฯ - มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับ Q1 - สามารถหาทุนวิจัยจากแหล่งทุนทั้งในและต่างประเทศ	7.3-1 7.3-11 7.3-7 7.3-5
2. กลุ่มผู้ช่วยวิจัย	- วุฒิปริญญาตรีหรือตามที่โครงการวิจัยกำหนด - มีประสบการณ์ในสาขาที่เป็นทิศทางการวิจัยของสถาบันฯ	7.3-2
3. กลุ่มคลินิก	- วุฒิปริญญาตรีหรือตามที่โครงการวิจัยกำหนด - มีประสบการณ์ในสาขาที่เป็นทิศทางการวิจัยของสถาบันฯ	7.3-2
4. กลุ่มสนับสนุนการวิจัย	- วุฒิปริญญาตรีหรือตามที่โครงการวิจัยกำหนด - มีประสบการณ์ในสาขาที่เป็นทิศทางการวิจัยของสถาบันฯ	7.3-2
5. กลุ่ม Back Office	- วุฒิปริญญาตรีหรือสูงกว่า - มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสาขาที่รับผิดชอบ	7.3-2

2. ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพันของบุคลากร

จากการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสถาบันฯ พบว่าบุคลากรประจำเห็นว่าปัจจัยที่ขับเคลื่อนความผูกพันเรียงลำดับจากสำคัญมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ 1. ความมั่นคงในการทำงาน 2. สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน 3. ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน และ 4. ค่าตอบแทนและสวัสดิการจากการทำงาน ส่วนบุคลากรชั่วคราวเรียงลำดับจากสำคัญมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ 1. สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน 2. ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน 3. ความมั่นคงในการทำงาน และ 4. ค่าตอบแทนและสวัสดิการจากการทำงาน ซึ่งผู้บริหารสถาบันฯ ได้นำปัจจัยที่สำคัญทั้ง 4 ข้อมาวางแผนในการสร้างความผูกพันของบุคลากรต่อสถาบันฯ (รายละเอียดในหัวข้อ 5.2 หมวดที่ 5)

3. ข้อกำหนดพิเศษด้านสุขภาพและความปลอดภัย

สถาบันฯ มีคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในด้านต่างๆ เพื่อดูแลความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร (รูปที่ 7.3-17) ดังนี้

1. การประกันสุขภาพบุคลากร
2. การทำประกันอุบัติเหตุให้กับบุคลากรที่มีความเสี่ยง
3. การตรวจสุขภาพให้กับบุคลากรทุกคนเป็นประจำทุก 2 ปี
4. การทำระบบพอกอากาศเพื่อลดผลกระทบของหมอกควันต่อสุขภาพ
5. การป้องกันอันตรายจากอัคคีภัยและภัยธรรมชาติ
6. การรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง
7. ระบบตรวจสอบลายนิ้วมือก่อนเข้าภายในตัวอาคาร
8. การป้องกันการติดเชื้อและการสัมผัสสารเคมีจากการปฏิบัติงาน

(4) ลิขสิทธิ์

สถาบันฯ มีสิทธิ์ที่สำคัญดังนี้

1. อาคารสถานที่ มี 3 อาคาร ได้แก่

อาคาร 1 เป็นอาคารปฏิบัติงานหลักของสถาบันฯ ประกอบด้วย 1) คลินิกสำหรับโครงการวิจัยและการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เชื้ออื่น ๆ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) คลินิกสำหรับโครงการวิจัยในเด็กวัยรุ่น และหญิงมีครรภ์ โดยทั้ง 2 คลินิกได้รับการออกแบบระบบระบายอากาศและการทำลายเชื้อโรคในอากาศที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งมีห้องตรวจความดันลบ สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อทางระบบทางเดินหายใจได้ 3) ห้องเภสัชกรรมสำหรับบริหารจัดการยาและวัคซีนที่ใช้ในโครงการวิจัยทางคลินิก ซึ่งมีตู้เก็บรักษายาและวัคซีนที่อุณหภูมิต่าง ๆ เช่น 0-25C -4C -20C และ -70C 4) ห้องปฏิบัติการเครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการวิจัยทางคลินิก การเพาะเลี้ยงไวรัส การวิจัยด้านชีวโมเลกุลและเซลล์วิทยา และอื่น ๆ 5) ห้องปฏิบัติการระดับ Biosafety Level 3 สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำที่ต้องการความปลอดภัยสูง และ 6) หน่วยสนับสนุนการวิจัยที่ได้มาตรฐานระดับนานาชาติ (รูปที่ 6.1-3 หมวดที่ 6)

อาคาร 2 ใช้จัดการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษาศาखाวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย 1) ห้องเรียน 3 ห้อง 2) ห้องประชุม 1 ห้อง 3) อุปกรณ์สื่อสาร ที่ใช้จัดการศึกษาทางไกลผ่านระบบ online และ 4) Archive Room สามารถเก็บรักษาเอกสารที่ใช้ในการวิจัยและเอกสารราชการได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

อาคาร 3 ประกอบด้วย 1) ห้องปฏิบัติการ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการวิจัยด้านโภชนาการ เคมีอาหารและเอนไซม์ ชีวเคมี เซลล์เพาะเลี้ยง วิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย 2) คลินิกสำหรับโครงการวิจัยทางคลินิกในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวีและโรคติดเชื้ออื่น ๆ และ 3) Glycemic Index Center ซึ่งเป็นศูนย์ทดสอบทางคลินิกสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารและประเมินค่าดัชนีน้ำตาลแห่งเดียวในประเทศไทย 4) Freezer farm ห้องเก็บสิ่งส่งตรวจที่มีการควบคุมอุณหภูมิและระบบไฟฟ้าสำรอง 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันสิ่งส่งตรวจเสียหาย

2. เทคโนโลยี ได้แก่ เทคโนโลยีทำการวิจัยที่ได้มาตรฐานสากลของสหรัฐอเมริกา และ เทคโนโลยีการผลิตไวรัสเทียม

3. ทรัพย์สินทางปัญญา ได้แก่ เทคโนโลยีการผลิตแป้งข้าวเจ้าเสริมธาตุไอโอดีน ผลิตภัณฑ์และกรรมวิธีการแยกเซลล์สุจิจากน้ำเชื้อโคโคโดยใช้ชุดแม่เหล็กที่เชื่อมติดกับรีคอมบีแนนท์แอนติบอดีที่มีความจำเพาะจงกับโปรตีนบนผิวของเซลล์สุจิ และระบบและกระบวนการประเมินภาวะโภชนาการ

(5) สภาพแวดล้อมด้านกฎระเบียบข้อบังคับ

สถาบันฯ ดำเนินงานภายใต้กฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญดังแสดงในรูปที่ P.1-6

ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร

(1) โครงสร้างองค์กร

โครงสร้างของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพภายใต้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แสดงในหน้า O1 และโครงสร้างองค์กรภายในของสถาบันฯ แสดงในหน้า O2 โดยมี คณะกรรมการบริหารสถาบันฯ (RIHES Leadership Team หรือ RIHES-LT) เป็นผู้ดำเนินการบริหารสถาบันฯ ภายใต้การบังคับบัญชาของ อธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการกำกับดูแลของ คณะกรรมการอำนวยการสถาบันฯ (RIHES Board of Directors หรือ RIHES-BOD) เพื่อให้การดำเนินการของสถาบันฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายและแผนกลยุทธ์ของมหาวิทยาลัย

คณะกรรมการบริหารสถาบันฯ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ รองผู้อำนวยการด้านบริหาร รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาองค์กร หัวหน้าสำนักวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ หัวหน้าศูนย์วิจัยโรคติดเชื้อและสารเสพติด หัวหน้าศูนย์วิจัยชีวโมเลกุลและเซลล์วิทยา หัวหน้าศูนย์วิจัยโรคไม่ติดต่อและอนามัยสิ่งแวดล้อม หัวหน้าสำนักงานสนับสนุนการวิจัย และเลขานุการสถาบันฯ

รูปที่ P.1-6 กฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การดำเนินงานด้านต่าง ๆ	กฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญ
ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	- แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายของไวรัสโคโรนาในสถานพยาบาลของเครือข่ายวิจัยนานาชาติ - พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ - ประกาศ/คำสั่งเกี่ยวกับการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสถาบันฯ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และกระทรวงสาธารณสุข - พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และของทางราชการ
ด้านการขึ้นทะเบียน	- ระเบียบข้อบังคับขององค์การอาหารและยา ประเทศไทย - ระเบียบข้อบังคับขององค์การอาหารและยา สหรัฐอเมริกา - ระเบียบข้อบังคับขององค์การอาหารและยา ทวีปยุโรป
ด้านการรับรองมาตรฐานการดำเนินการ	- การรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการโดยสมาคมวิชาชีพ แหล่งทุน และเครือข่ายวิจัยนานาชาติ - มาตรฐานอุตสาหกรรม (ISO)
ด้านจริยธรรมการวิจัย	- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ - กฎระเบียบในการดำเนินงานวิจัยของผู้ให้ทุน เช่น NIH หรือแหล่งทุนอื่น ๆ - Good Clinical Practice (GCP) - Good Clinical Laboratory Practice (GCLP) - Good Participation Practice (GPP) - The International Air Transport Association (IATA) - Human Subject Protection (HSP)
ด้านการเงิน	- กฎระเบียบด้านการใช้เงินของแหล่งทุนต่าง ๆ - ระเบียบ ประกาศ เกี่ยวกับงานวิจัย การบริหารการเงิน พัสดุ บริหารบุคคล ของมหาวิทยาลัย - ระเบียบกระทรวงการคลัง

รูปที่ P.1-7 ลูกค้ำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

		ความต้องการ/ความคาดหวัง	ผลลัพธ์	ความพึงพอใจ
ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ				
ลูกค้า	- แหล่งทุนในประเทศ	- องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย - การดำเนินงานวิจัยอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์ของผู้ให้ทุน	7.1-1 – 7.1-3 7.4-16	7.2-1
	- แหล่งทุนต่างประเทศ	- ผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล - นวัตกรรมต่างๆ - การจดทะเบียนจำหน่ายยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร	7.1-4 – 7.1-8 7.1-9	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ประชาชนในภาคเหนือ	- องค์ความรู้ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ - ผลิตภัณฑ์/บริการที่ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้	7.1-11 -7.1-12 7.4-26 – 7.4-28	7.22
	อาสาสมัครโครงการวิจัย	- องค์ความรู้ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ - ความปลอดภัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย - สิทธิประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย	7-4.20	7.23
หลักสูตรบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ				
ลูกค้า	นักศึกษา	- ทักษะในการทำวิจัยที่มีคุณภาพระดับนานาชาติ - ทุนสนับสนุนการศึกษาและการทำวิจัย - สามารถจบการศึกษาตามกำหนดเวลา - การได้งานทำ	7.1-10	7.2-4
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผู้ใช้บัณฑิต	- บัณฑิตที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ		

(2) ลูกค้ำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสถาบันฯ แสดงในรูปที่ P.1-7

(3) ผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือ

ผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือที่สำคัญของสถาบันฯ แสดงในรูปที่ P.1-8

รูปที่ P.1-8 ผู้ส่งมอบ พันธมิตร และผู้ให้ความร่วมมือที่สำคัญของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

	บทบาท	ข้อกำหนด	ผลลัพธ์
ผู้ส่งมอบ	บริษัทเครื่องมือ/น้ำยาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ	ส่งมอบเครื่องมือ/น้ำยาที่ใช้ในการการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งมอบผลงานวิจัยให้กับแหล่งทุนได้ตามกำหนด	- ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพมาตรฐาน - ส่งมอบเครื่องมือ/น้ำยาทันตามกำหนด - การบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการ
	บริษัทยา	ส่งมอบยาที่ใช้ในการวิจัยทางคลินิก เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งมอบผลงานวิจัยให้กับแหล่งทุนได้ตามกำหนด	- ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพมาตรฐาน - ส่งมอบยาทันตามกำหนด
พันธมิตร	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย	- ร่วมเขียนโครงการเพื่อขอทุน ดำเนินการวิจัย ผลิตผลงานทางวิชาการ และพัฒนาผลงานนวัตกรรมเพื่อส่งมอบให้กับแหล่งทุนได้ตามกำหนด - เพิ่มศักยภาพของนักวิจัยและทีมวิจัย - ร่วมกันปรับปรุงประสิทธิภาพของการดำเนินงานวิจัย	- สัญญาร่วมดำเนินโครงการวิจัย - สัญญาร่วมเผยแพร่ผลงานวิจัย
	สถาบัน/ศูนย์วิจัยต่างประเทศ เช่น University of Minnesota, Emory University	- ร่วมเขียนโครงการเพื่อขอทุน ดำเนินการวิจัย ผลิตผลงานทางวิชาการ และพัฒนาผลงานนวัตกรรม เพื่อส่งมอบให้กับแหล่งทุนได้ตามกำหนด - ร่วมกันพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน - ร่วมกันพัฒนาหลักสูตร dual degree - ให้ทุนวิจัยแก่นักวิจัยสถาบันฯ	- สัญญาร่วมดำเนินโครงการวิจัย - สัญญาร่วมเผยแพร่ผลงานวิจัย - MOU การร่วมพัฒนาหลักสูตร - สัญญาร่วมให้ทุนวิจัย
	เครือข่ายวิจัยต่าง ๆ เช่น เครือข่าย HIV เครือข่ายสิ่งแวดล้อม	ร่วมเขียนโครงการเพื่อขอทุน ดำเนินการวิจัย ผลิตผลงานทางวิชาการ และพัฒนาผลงานนวัตกรรม เพื่อส่งมอบให้กับแหล่งทุนได้ตามกำหนด	- สัญญาร่วมดำเนินโครงการวิจัย - สัญญาร่วมเผยแพร่ผลงานวิจัย
	ผู้ร่วมทุน/หุ้นส่วน	- ร่วมลงทุน In kind/In cash เพื่อให้สามารถผลิตและส่งมอบผลงานนวัตกรรมให้กับแหล่งทุนได้ตามกำหนด - นำผลงานนวัตกรรมของสถาบันฯ ไปต่อยอดเชิงพาณิชย์	- สัญญาร่วมลงทุน - สัญญาร่วมแบ่งผลประโยชน์ที่ได้จากผลงานนวัตกรรม
ผู้ให้ความร่วมมือ	โรงพยาบาลและองค์กรต่าง ๆ	- ประชาสัมพันธ์และถ่ายทอดโครงการวิจัยให้กับผู้มารับบริการในโรงพยาบาล/องค์กร - ส่งอาสาสมัครให้โครงการวิจัย - ดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกับทางโครงการ	- ส่งอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย - เพิ่ม Retention rate ของโครงการวิจัย

P.2 สถานการณ์ขององค์กร

ก. สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน

(1) ลำดับในการแข่งขัน

สถาบันฯ เป็นหน่วยงานที่เน้นพันธกิจด้านการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งไม่มีการจัดลำดับสถาบันวิจัยทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ แต่สถาบันฯ มีเป้าหมายวิสัยทัศน์ที่จะเป็นสถาบันวิจัยชั้นนำในระดับนานาชาติ ในด้านการดำเนินการวิจัยจึงกำหนดให้หน่วยวิจัยคลินิกด้านเอชไอวีทั่วโลกที่ได้รับทุนวิจัยจาก NIH สหรัฐอเมริกาเป็นคู่เทียบ เพื่อให้มั่นใจว่าสถาบันฯ จะยังคงมีความสามารถในการแข่งขันเพื่อขอรับทุนวิจัยจาก NIH ได้อย่างต่อเนื่อง และเมื่อสถาบันฯ เพิ่มพันธกิจในการจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาทำให้มีสถานะคล้ายกับคณะ จึงเลือกหน่วยงานที่มีผลงานโดดเด่นทั้งการวิจัยและการจัดการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในลำดับต้นของประเทศ 3 แห่ง คือ (1) คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล (2) สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และ (3) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อเป็นคู่เทียบในการจัดลำดับการ

รูปที่ P.2-1 การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน

ปัจจัย	การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อสถานการณ์การแข่งขัน	การเปลี่ยนแปลงที่สร้างโอกาสในการสร้างนวัตกรรม
การเมืองและกฎหมาย	- ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับจีนและปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำของอเมริกาอาจส่งผลให้งบประมาณจากประเทศอเมริกาโดยเฉพาะทุนจาก NIH ลดลง - ทิศทางการสนับสนุนวิจัยของภาครัฐและแผนพัฒนา มหาวิทยาลัยฉบับที่ 13 เน้นด้าน BCG และการสร้างนวัตกรรม ส่งผลให้สถาบันฯ ต้องปรับทิศทางการวิจัยเพื่อให้สามารถแข่งขันได้ - พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ต้องมีระบบการจัดเก็บและเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครโครงการวิจัย รวมทั้งการรักษาความปลอดภัยของระบบที่ดี	- ภาครัฐถูกกำหนดให้เป็น hub ของการพัฒนาในด้าน functional ingredient เป็นแหล่งวัตถุดิบและมีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทั้งภาครัฐและเอกชนที่ร่วมกันทำงาน - แผนงาน Reinventing CMU และแผนพัฒนามหาวิทยาลัย ฉบับที่ 13 ทำให้มีแพลตฟอร์มที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานแบบข้ามศาสตร์ทั้งด้านวิจัย บริการวิชาการ และการจัดการศึกษา รวมทั้งมีงบประมาณที่ช่วยในเรื่องการสร้างเครือข่ายกับมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลก - กฎหมายอนุญาตให้มีการศึกษาวิจัย กัญชา กัญชง กระท่อม โดยเฉพาะในด้านการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์
เศรษฐกิจ	- ปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำทำให้งบประมาณและทุนวิจัยจากภาครัฐมีน้อยลงและมีการแข่งขันสูงขึ้น	- ภาครัฐเอกชนเร่งใช้นวัตกรรมในการยกระดับสินค้าและบริการของตน เพื่อความอยู่รอดของธุรกิจ ทำให้ต้องการผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่ใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์มากยิ่งขึ้น
สังคมและสิ่งแวดล้อม	- ปัญหามลพิษทางอากาศในภาคเหนือที่เกิดต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นทุกปี ทำให้พื้นที่ภาคเหนือเป็นจุดยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหามลพิษ PM2.5 ของประเทศ - การระบาดของโรคโควิด19 ที่ยังไม่ถึงจุดสิ้นสุดจึงเป็นเป้าหมายของการวิจัยของทุกแหล่งทุนทั่วโลก แต่อาจลดสัดส่วนทุนวิจัยด้านอื่นๆ	- ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น อายุขัยเพิ่มมากขึ้น ตลาดความต้องการองค์ความรู้และนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นด้วย - พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป สนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น มูลค่าการตลาดของสินค้าและบริการทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
เทคโนโลยี	- ความก้าวหน้าของเทคโนโลยียุคใหม่ทำให้แนวทางการวินิจฉัยหรือการรักษาโรคต่างๆ เปลี่ยนไปเป็น Health tech. มากขึ้น เช่น Digital health, Telemedicine, non-invasive biosensor, Telemetric bio-measurements, automatic diagnosis และ robotic treatment ส่งผลให้สถาบันฯ ต้องปรับทิศทางการวิจัยเพื่อให้สามารถแข่งขันได้	- เทคโนโลยีการวิเคราะห์ยีนระดับบุคคลมีมูลค่าต่ำลง เปิดโอกาสให้การวินิจฉัยและรักษาโรคเฉพาะบุคคล (Personalized medicine) หรือการแพทย์แม่นยำ - การยอมรับของผู้บริโภคต่อวัตถุดิบและอาหารที่ผ่านเทคโนโลยีแปรรูปสมัยใหม่ เช่น โปรตีนจากพืช โปรตีนจากแมลง อาหารจาก 3D-printing หรือ synthetic food & drink เป็นต้น

แข่งขัน

(2) การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน

สถาบันฯ ใช้ PEST analysis เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแข่งขัน และโอกาสในการสร้างนวัตกรรมและความร่วมมือ (รูปที่ P.2-1) เพื่อใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่จะผลักดันผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายและส่งผลให้ลำดับในการแข่งขันของสถาบันฯ ดีขึ้น

(3) ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ

สถาบันฯ เลือกแหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ เช่น Scopus/ISI Web of Science, รายงานประจำปี, รายงาน ประเมินตนเอง เป็นต้น (รูปที่ P.2-2) ของคู่แข่งที่สำคัญในบริบทที่ใกล้เคียงกับสถาบันฯ เพื่อสร้างความท้าทาย ในการพัฒนา ส่วนการดำเนินงานของหน่วยวิจัยทางคลินิก (CTU) สถาบันฯ ใช้รายงานป้อนกลับจากแหล่งทุน วิจัยด้านเอชไอวีของ NIH ซึ่งจะมีการให้คะแนนในด้านต่าง ๆ ที่บอกถึงสมรรถนะในการดำเนินงานวิจัยของ หน่วยวิจัยด้านเอชไอวีจากทั่วโลก อย่างไรก็ตามการเข้าถึงข้อมูลเชิงตัวเลขบางรายการอาจมีความคลาดเคลื่อน เช่น จำนวนบุคลากรของแต่ละหน่วยงานที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ หรือข้อมูลตัวเลขเงินรายได้ เงินทุนวิจัย ที่ แนวทางการคิดคำนวณของแต่ละหน่วยงานอาจแตกต่างกัน ความละเอียดของหน่วยที่ใช้ ข้อจำกัดเหล่านี้ อาจ ส่งผลให้ข้อมูลคู่เทียบมีความคลาดเคลื่อนได้

รูปที่ P.2-2 แหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบและคู่เทียบที่สำคัญ

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ	ตัวอย่างในการเปรียบเทียบ
Scopus/ ISI Web of Science	การอ้างอิงผลงานวิจัย
รายงานประจำปี/รายงานประเมินตนเอง	จำนวนผลงานตีพิมพ์ในฐาน SCOPUS ต่อนักวิจัย/อาจารย์ จำนวนเงินทุนสนับสนุนการวิจัยต่อนักวิจัย/อาจารย์ ร้อยละผลงานใน Scopus Q1
Feedback report ของ NIH	Annual Site performance report Retention Rate Entry Criteria Met Timeliness of EAE Reporting Source Documentation Adequacy Clinical Endpoint Determination

ข. บริบทเชิงกลยุทธ์

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ SWOT Analysis ในการวิเคราะห์และกำหนดบริบทเชิงกลยุทธ์ โดยการรวบรวมปัจจัย ทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ นำมาวิเคราะห์ความได้เปรียบและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (รูปที่ P.2-3) เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ของสถาบันฯ (รายละเอียดในหัวข้อ 2.1 หมวดที่ 2)

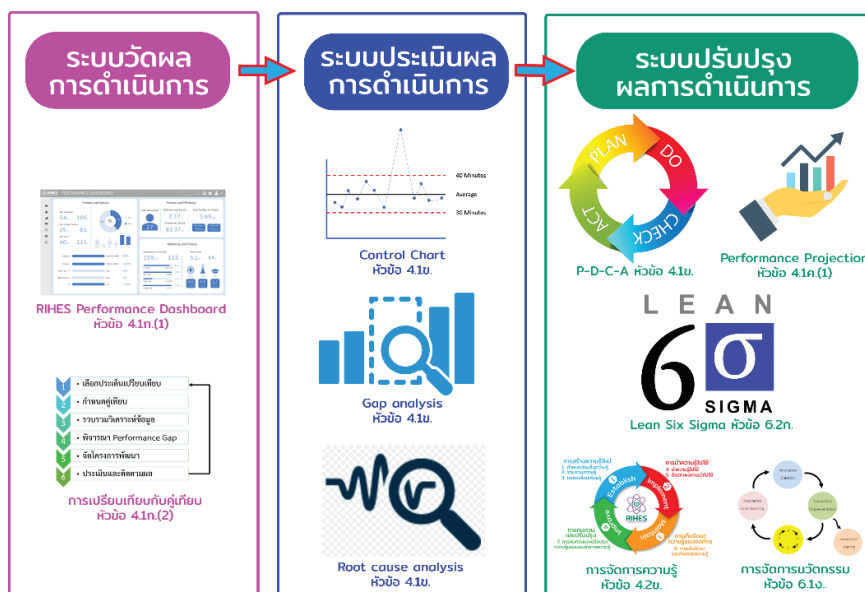
ค. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ

ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการของสถาบันฯ ใช้เครื่องมือต่าง ๆ ดังสรุปในรูปที่ P.2-4 โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) ระบบวัดผลการดำเนินการ โดยใช้ RIHES Performance Dashboard ในการติดตามผลการ ดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด (หัวข้อ 4.1ก.(1) หมวดที่ 4) และการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับคู่เทียบ

ใน (หัวข้อ 4.1ก.(2) หมวดที่ 4) 2) ระบบประเมินผลการดำเนินการ โดยใช้ Control Chart, Gap analysis และ Root Cause Analysis (หัวข้อ 4.1ข.) ในการประเมินผลการดำเนินการว่าเป็นไปตามตัวชี้วัดและเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ มีช่องว่างและมีสาเหตุจากอะไร และ 3) ระบบปรับปรุงผลการดำเนินการ โดยใช้ P-D-C-A (หัวข้อ 4.1ข.), การคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคต (หัวข้อ 4.1ค.), Lean Six Sigma (หัวข้อ 6.2ก.), การจัดการความรู้ (หัวข้อ 4.2ข.) และการจัดการนวัตกรรม (หัวข้อ 6.1ง.) ในการปรับปรุงให้สถาบันฯ มีผลการดำเนินการที่ดียิ่งขึ้น และบรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์ที่วางไว้

รูปที่ P.2-3 ความท้าทายและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์		ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์	
SC1	ทิศทางการวิจัยที่เปลี่ยนแปลงและการพึ่งพาทุนวิจัยด้าน HIV จาก NIH เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเป็นหลักประกันที่มั่นคงในระยะยาวได้	SA1	มีนักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และมีผลงานในระดับแนวหน้าของประเทศ สร้างโอกาสเข้าถึงแหล่งทุนและเครือข่ายวิจัยอื่น ๆ นอกจาก HIV ได้
SC2	งบวิจัยด้าน HIV ที่ลดลงทั่วโลก และสภาพการแข่งขันที่มากขึ้น หากไม่พัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินการวิจัย อาจทำให้ได้รับทุนวิจัยด้าน HIV จากต่างประเทศน้อยลง	SA2	มีทรัพยากรสนับสนุนการวิจัยทั้งบุคลากร เครื่องมือ ห้องปฏิบัติการ คลินิก และระบบสนับสนุนการวิจัยที่มีศักยภาพและมีมาตรฐานในระดับสากล
SC3	บุคลากรยังมีขีดความสามารถจำกัดในการวิจัยเชิงนวัตกรรม การเรียนการสอน และการบริหารจัดการ ทำให้ไม่สามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	SA3	บุคลากรมีศักยภาพและพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง
SC4	งบประมาณที่ไม่เพียงพอและมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูง เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสถาบันฯ	SA4	มีผลงานวิจัยด้าน HIV ที่โดดเด่น ได้รับทุนจากแหล่งทุนและเครือข่ายวิจัยระดับโลก สามารถดึงดูดนักวิจัยและทุนวิจัยจากภายนอกได้
SC5	ขั้นตอนการดำเนินการของทางราชการที่ยุ่งยาก ร่วมกับระบบการบริหารงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงองค์กรให้ทันกับการแข่งขันได้	SA5	โครงสร้างการทำงานและบุคลากรมีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง



รูปที่ P.2-4 ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

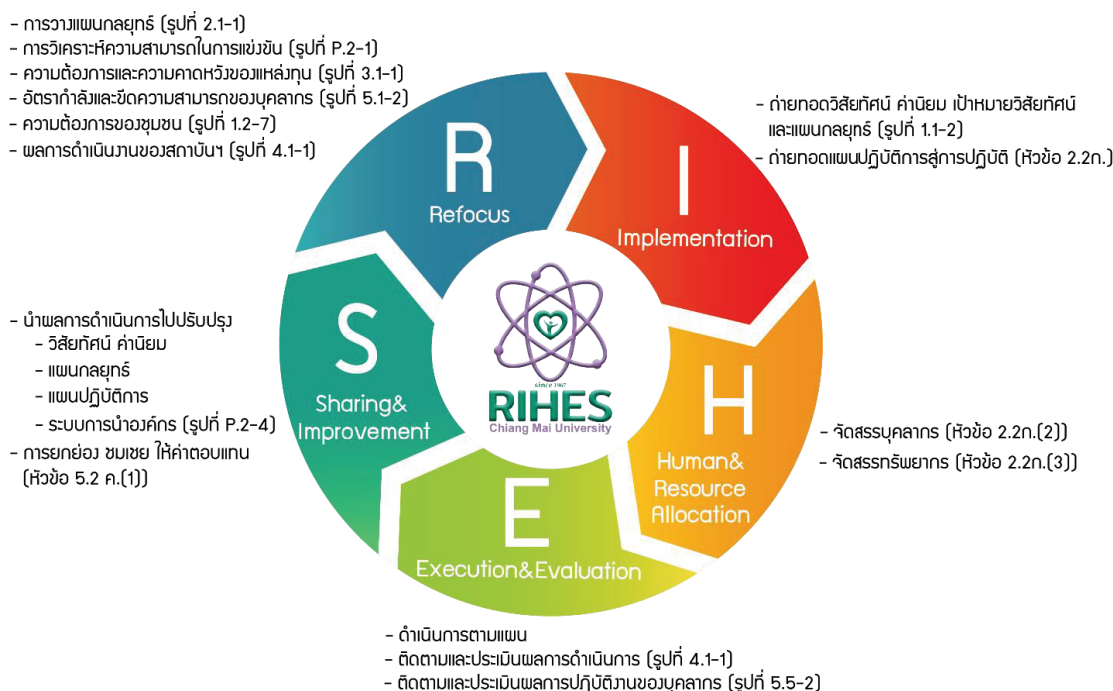
หมวดที่ 1 การนำองค์กร

1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

(1) กำหนดวิสัยทัศน์และค่านิยม

คณะกรรมการบริหารสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Leadership Team) ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ หัวหน้าศูนย์วิจัย หัวหน้าสำนักวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ หัวหน้าสำนักงานสนับสนุนการวิจัย และเลขานุการสถาบันฯ (รายละเอียดในหัวข้อ P.1ข.(1) และรูปโครงสร้างองค์กร หน้า O1 และ O2) กำหนดและถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมแก่บุคลากรโดยผ่านระบบการนำองค์กร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Leadership System) ดังแสดงในรูปที่ 1.1-1



รูปที่ 1.1-1 ระบบการนำองค์กร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Leadership System)

ระบบการนำองค์กรของสถาบันฯ มี 5 ขั้นตอน ซึ่งกำหนดตามชื่อย่อของสถาบันฯ คือ R-I-H-E-S เพื่อใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) R – Refocus การกำหนดทิศทางและเป้าหมายของสถาบันฯ ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 27 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม ซึ่งเป็นเดือนแรกของการเข้ารับตำแหน่งผู้บริหารและเดือนแรกของทุกปีจนครบวาระ 4 ปีในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารสถาบันฯ โดยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process (SPP) ของสถาบันฯ ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1-4 (รายละเอียดในหัวข้อ 2.1ก.(1) รูปที่ 2.1-1 หมวดที่ 2) โดยผู้บริหารสถาบันฯ ทำการวิเคราะห์ความสามารถในการแข่งขันของสถาบันฯ ได้แก่ ทิศทางการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอก (รูปที่ P.2-1 หมวดโครงสร้างองค์กร) ความต้องการและความคาดหวังของแหล่งทุน ผู้มีส่วนได้

เสียที่สำคัญ (รูปที่ 3.1-1 และ 3.1-2 หมวดที่ 3) อัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากร (รูปที่ 5.1-2 หมวดที่ 5) ความต้องการของชุมชนที่สำคัญ (รูปที่ 1.2-7) รวมทั้งผลการดำเนินงานของสถาบันฯ ในรอบปีที่ผ่านมา (รูปที่ 4.1-1 หมวดที่ 4) นำมาทบทวน กำหนด และปรับปรุงวิสัยทัศน์ ค่านิยม เป้าหมายวิสัยทัศน์ และแผนกลยุทธ์ในระยะเวลา 4 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางการดำเนินการของสถาบันฯ ในระยะต่อไป ในระยะเวลากว่า 50 ปีของสถาบันฯ มีการปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์และค่านิยมผ่านระบบการนำองค์กรหลายครั้ง โดยวิสัยทัศน์ที่ใช้ในปัจจุบันคือ “สถาบันวิจัยชั้นนำ สร้างสรรค์ผลงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล” และ “ค่านิยมเพื่อความเป็นเลิศ 5 ประการ (R-I-H-E-S)” เกิดจากการเรียนรู้และปรับปรุงวิสัยทัศน์และค่านิยมในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งพร้อมกันนั้นผู้บริหารสถาบันฯ ได้กำหนดเป้าหมาย 3 ข้อในการบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ภายในปี พ.ศ. 2568 (หัวข้อ P.1ก.(1) รูปที่ P.1-2 และ P.1-3 ของหมวดโครงสร้างองค์กร)

2) I – Implementation การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม – 30 กันยายนของทุกปี โดยผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก ช่องทาง และความถี่ในการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ ค่านิยม เป้าหมายวิสัยทัศน์ และแผนกลยุทธ์ให้แก่บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (รูปที่ 1.1-2) เพื่อให้การดำเนินการของสถาบันฯ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งถ่ายทอดแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นระยะยาวสู่การปฏิบัติเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบันฯ ที่วางไว้ (รายละเอียดในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ระยะที่ 3 หัวข้อ 2.1ก.(1) และ 2.2ก. หมวดที่ 2)

รูปที่ 1.1-2 การถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมของผู้บริหารสถาบันฯ

ช่องทาง	ผู้บริหารที่รับผิดชอบ	ผู้รับการถ่ายทอด	ความถี่	ผลลัพธ์
การพบปะกับบุคลากรตอนต้นปี	ผู้บริหารสถาบันฯ ทั้งหมด	บุคลากรทั้งหมด	ปีละ 1 ครั้ง	7.4-1 - 7.4-9
การสัมมนาเพื่อพัฒนาองค์กรประจำปี	ผู้บริหารสถาบันฯ ทั้งหมด	บุคลากรทั้งหมด	ปีละ 1 ครั้ง	
การพบปะกับบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ	รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ	1. นักวิจัย/อาจารย์/แพทย์/ผู้ช่วยวิจัย	ทุก 3 เดือน	
	หัวหน้าศูนย์โรคติดเชื้อและสารเสพติด	2. บุคลากรกลุ่มคลินิกวิจัย		
	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาองค์กร	3. บุคลากรกลุ่มสนับสนุนการวิจัย		
	รองผู้อำนวยการด้านบริหาร	4. บุคลากรกลุ่ม back office		
การประชุมภายในสำนักวิชา ศูนย์วิจัย และสำนักงาน	หัวหน้าสำนักวิชา หัวหน้าศูนย์วิจัย หัวหน้าสำนักงาน	บุคลากรในสำนักวิชา/ศูนย์วิจัย/สำนักงาน	เดือนละครั้ง	
การเผยแพร่ทางเว็บไซต์	ผู้บริหารสถาบันฯ และหน่วยประชาสัมพันธ์	บุคลากร ลูกค้ำ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	เป็นประจำ	

3) H – Human and Resource Allocation การจัดสรรบุคลากรและทรัพยากร โดยผู้บริหารสถาบันฯ จัดสรรบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (หัวข้อ 2.2ก.(3-4) หมวดที่ 2 และรูปที่ 5.1-2 หมวดที่ 5)

4) E – Execution and Evaluation การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม – 30 กันยายนของปีถัดไป ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้

ช่องทางในรูปที่ 1.1-2 ในการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดในการประชุมกรรมการบริหารสถาบันฯ เป็นประจำทุก 3 เดือน (รูปที่ 4.1-1 หมวดที่ 4) ติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ เป็นประจำทุก 3 เดือน (ระบบ RIHES PMS ในรูปที่ 5.2-5) และเมื่อครบ 1 ปี ผู้บริหารสถาบันฯ จะทำการวิเคราะห์และประเมินว่าการดำเนินการของสถาบันฯ ในภาพรวมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคใด และมีนวัตกรรมเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการหรือไม่

5) S – Sharing and Improvement การเรียนรู้และพัฒนา ผู้บริหารสถาบันฯ นำผลการดำเนินการรวมทั้งนวัตกรรมที่เกิดขึ้นไปใช้ในการยกย่องและให้รางวัลบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานที่โดดเด่นหรือมีการสร้างนวัตกรรมใหม่ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปีในงานสัมมนาเพื่อพัฒนาองค์กรประจำปี เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานที่โดดเด่น รวมทั้งสร้างแรงบันดาลใจให้กับบุคลากรอื่น ๆ ในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานต่อไป ตามรายละเอียดในหัวข้อที่ 5.2ค.(1) นำไปทบทวนและปรับปรุงพันธกิจวิสัยทัศน์ ค่านิยม แผนกลยุทธ์ ผลิตรายการ กระบวนการทำงาน (รูปที่ P.2-4) รวมทั้งนำไปปรับปรุงระบบการนำองค์กรให้ดียิ่งขึ้น เช่น เดิมผู้บริหารสถาบันฯ มีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมแก่กับบุคลากรอย่างเป็นทางการเพียงช่องทางเดียวคือในการสัมมนาเพื่อพัฒนาองค์กรประจำปี แต่จากการเรียนรู้และพัฒนาทำให้ในปัจจุบันได้มีการเพิ่มช่องทางและความถี่ของการถ่ายทอดและการติดตามผลการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ (รูปที่ 1.1-2)

(2) การส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม

ผู้บริหารสถาบันฯ แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมดังนี้ (1) กำหนดค่านิยมองค์กร E - Ethics and Transparency (คุณธรรม โปร่งใส) และถ่ายทอดสู่บุคลากรของสถาบันฯ ทุกระดับ (รูปที่ 1.1-1) (2) กำหนดผู้รับผิดชอบกำกับดูแลในแต่ละด้าน (รูปที่ 1.1-3) (3) ใช้ระบบการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Legal and Ethical Compliance System) (รูปที่ 1.2-2) กำกับดูแลพฤติกรรมการทำงานเพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบ

รูปที่ 1.1-3 ผู้รับผิดชอบกำกับพฤติกรรมการทำงาน
ที่ถูกกฎหมายและมีจริยธรรม

การกำกับดูแลด้านต่าง ๆ	ผู้รับผิดชอบ
ชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและ คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน
การขึ้นทะเบียน	หัวหน้าศูนย์และสำนักงานสนับสนุนการวิจัย
การรับรองมาตรฐาน	หัวหน้าศูนย์และสำนักงานสนับสนุนการวิจัย
จริยธรรมการวิจัย	หัวหน้าสำนักงานจริยธรรมการวิจัยและ หน่วยกำกับกฎระเบียบงานวิจัย
การเงิน	หัวหน้างานการเงิน การคลัง และพัสดุ

ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (รูปที่ P.1-6 หมวดโครงสร้างองค์กร) (4) ให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมโดยหน่วยงานที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ เป็นประจำทุกปี (รูปที่ 1.2-3) และ (5) ใช้รายงานการตรวจสอบของหน่วยงานดังกล่าวในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานทางจริยธรรม ยกย่องและให้รางวัลบุคลากรที่มีการประพฤติปฏิบัติดีในงาน

สัมมนาเพื่อพัฒนาองค์กรประจำปี และนำไปใช้ในการปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานให้ดียิ่งขึ้น และเพื่อเป็น

แบบอย่างให้แก่บุคลากร ผู้บริหารสถาบันฯ ปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ ในระบบการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกกฎหมายและมีจริยธรรมโดยเคร่งครัดและไม่มีข้อยกเว้น (รูปที่ 7.4-16)

ข. การสื่อสาร

ในการสื่อสารและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั้งสถาบันฯ ลูกค้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะทำงานสื่อสารองค์กร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Communication Committee) ซึ่งมีรองผู้อำนวยการด้านพัฒนองค์กรร่วมกับหน่วยประชาสัมพันธ์ของสถาบันฯ ใช้ระบบการสื่อสารของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Communication System) (รูปที่ 1.1-4) ภายใต้คำขวัญ “การสื่อสารแบบเปิดกว้าง นำทางสู่ความสำเร็จขององค์กร” โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสื่อสาร โดยแยกเป็นกลุ่มบุคลากร กลุ่มลูกค้า ได้แก่ แหล่งทุนและนักศึกษา และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (2) กำหนดวิธีการและเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารสำหรับแต่ละกลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มอาจใช้วิธีการและเนื้อหาที่แตกต่างกัน (3) กำหนดกระบวนการและรูปแบบในการสื่อสารแต่ละวิธี ผู้บริหารสถาบันฯ พยายามใช้การสื่อสารที่ตรงไปตรงมาและเป็นไปในลักษณะสองทิศทาง โดยเน้นการพบปะพูดคุยกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง การพูดคุยกลุ่มย่อยเพื่อให้บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ การให้บุคลากรใหม่เข้าพบก่อนเริ่มปฏิบัติงาน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้บุคลากรสามารถโทรศัพท์หรือเข้าพบได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม บางครั้งอาจยังจำเป็นต้องใช้การสื่อสารทิศทางเดียวบ้าง เช่น ผู้บริหารสถาบันฯ มีการตัดสินใจหรือการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ต้องการสื่อสารให้แก่บุคลากรโดยด่วน ไม่สามารถรอให้ถึงวาระการพบปะตามปกติได้ อาจต้องใช้การสื่อสารทางเดียวด้วยสื่อวิดีโอทาง Youtube หรือ Facebook, การสื่อสารผ่านระบบ LINE communication, การเผยแพร่ข่าวสารทาง Newsletter, หรือการเผยแพร่ข่าวสารทาง Electronic displays เป็นต้น (4) ดำเนินการสื่อสารกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ตามความถี่ที่กำหนดไว้ และ (5) ประเมินผลและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการสื่อสาร และนำผลการสำรวจมาใช้ในการทบทวนและพัฒนาระบบการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น เช่น เดิมผู้บริหารสถาบันฯ มีการพบปะกับบุคลากรอย่างเป็นทางการเพียงช่องทางเดียวคือการสัมมนาเพื่อพัฒนองค์กรประจำปี แต่จากการเรียนรู้และพัฒนาทำให้ในปัจจุบันได้มีการเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับบุคลากรทั้งที่เป็นและไม่ใช่ทางการ ได้แก่ การเพิ่มการพบปะกับบุคลากรทั้งหมดปีละ 2 ครั้ง การพบปะบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ ทุก 3 เดือน การสื่อสารผ่าน LINE communication การสื่อสารผ่าน Facebook และการสื่อสารด้วยสื่อวิดีโอทาง Youtube หรือ Facebook Live เป็นต้น

ค. พันธกิจและผลการดำเนินการขององค์กร

(1) การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ

ในการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จของของสถาบันฯ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้บริหารสถาบันฯ ได้กำหนดค่านิยมองค์กร R – Research Excellence (งานวิจัยเป็นเลิศ) และ I – Innovation (ก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่) ซึ่งมีการถ่ายทอดสู่บุคลากรของสถาบันฯ ทุกระดับ และดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) กำหนด

รูปที่ 1.1-4 ระบบการสื่อสารของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิธีการสื่อสาร	ผู้รับข่าวสาร			รูปแบบ		เนื้อหาที่สื่อสาร					ความถี่	ผลลัพธ์
	บุคลากร	ลูกค้า	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	สองทิศทาง	ทิศทางเดียว	ถ่ายทอดวิธีทัศน์และคำนิยม	การตัดสินใจที่สำคัญ	การสร้างแรงจูงใจ	มุ่งเน้นการปฏิบัติ	การสร้างนวัตกรรม		
การสื่อสารโดยผู้บริหารระดับสูง												
การพบปะบุคลากรใหม่	X			X		X		X		X	เมื่อบุคลากรใหม่เริ่มเข้าปฏิบัติงาน	7.4-5
การพบปะบุคลากรทั้งหมด	X			X		X	X	X	X	X	ปีละ 2 ครั้ง (ต้นปีและสิ้นปี)	
การพบปะบุคลากรกลุ่มย่อย	X			X		X	X	X	X	X	ทุก 3 เดือน	
การสัมมนาเพื่อพัฒนาองค์กรประจำปี	X			X		X	X	X	X	X	ปีละ 1 ครั้ง	
การโทรศัพท์หรือเข้าพบผู้อำนวยการโดยตรง	X	X	X	X		X	X	X	X	X	ทุกเวลาที่ต้องการ	
การสื่อสารผ่าน LINE communication	X				X	X	X	X	X	X	เป็นประจำ	
การสื่อสารด้วยสื่อวิดีโอทาง Youtube หรือ Facebook	X	X	X		X		X				เมื่อมีการตัดสินใจหรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ	
การสื่อสารโดยผู้บริหารระดับหัวหน้าหน่วยงาน												
การประชุมภายในหน่วยงาน	X			X		X	X	X	X	X	เดือนละครั้ง	
การประชุมเครือข่ายวิจัย		X	X	X			X		X	X	ปีละ 1 ครั้ง	
การสำรวจความต้องการของลูกค้า		X	X		X	X	X		X	X	ปีละ 1 ครั้ง	
การสื่อสารผ่าน Videoconference		X	X	X		X	X		X	X	ทุก 2 เดือน	
การสื่อสารผ่าน Facebook	X	X	X		X	X	X	X	X	X	เป็นประจำ	
การสื่อสารทาง email	X	X	X	X		X	X	X	X	X	เป็นประจำ	
การเผยแพร่ข่าวสารทางเว็บไซต์	X	X	X		X	X	X	X	X	X	เป็นประจำ	
การเผยแพร่ข่าวสารด้วยบอร์ดและ Electronic displays	X				X	X	X	X	X	X	ทุกวัน	
การเผยแพร่ข่าวสารด้วย Newsletter (ทั้งที่เป็นเอกสารและสื่อดิจิทัล)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	ทุก 3 เดือน	

องค์ประกอบที่จะทำให้การดำเนินงานของสถาบันฯ ประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน (รูปที่ 1.1-5) (2)

กำหนดวิธีการ/แนวทางในการดำเนินการของแต่ละองค์ประกอบ (3) กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายในการดำเนินการของแต่ละวิธีการ/แนวทาง (4) ดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด และ (5) ติดตามความก้าวหน้า ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินการในแต่ละวิธีการ/แนวทางเป็นประจำทุกปี

รูปที่ 1.1-5 การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ

องค์ประกอบของความสำเร็จและยั่งยืน	วิธีการ/แนวทาง	บทบาทของผู้บริหารสถาบันฯ	ผลลัพธ์
มุ่งบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	- การวางแผนกลยุทธ์ - การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	- เป็นประธานคณะกรรมการ - ร่วมวางแผนกลยุทธ์ทุกขั้นตอน - ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ - ติดตาม KPI/OKR ของสถาบันฯ ทุก 3 เดือน	7.4-1 – 7.4-8 7.5-14 – 7.5-15
มุ่งเน้นลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- การรับฟังลูกค้า - การสื่อสารกับลูกค้าและผู้มีส่วนได้เสีย - สนับสนุนชุมชน	- กำหนดนโยบายการมุ่งเน้นลูกค้า - ติดตามตัวชี้วัดด้านลูกค้าเป็นประจำ - มอบรางวัล ยกย่องชมเชยบุคลากร/หน่วยงานที่มีผลลัพธ์ด้านลูกค้าดีเด่นประจำปี - เข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนชุมชนเป็นประจำ	7.2-1 – 7.2-4 7.4-24 – 7.4-28
มุ่งเน้นบุคลากร	- การรับบุคลากรใหม่ที่มีความสามารถ - การสร้างความผูกพันของบุคลากร - การให้รางวัลนักวิจัยและบุคลากรดีเด่น	- กำหนดนโยบายการมุ่งเน้นบุคลากร - ติดตามตัวชี้วัดด้านบุคลากรเป็นประจำ - มอบรางวัล ยกย่องชมเชย นักวิจัยและบุคลากรดีเด่นประจำปี	7.3-1 – 7.3-16 7.4-20 7.4-23
มุ่งปรับปรุงผลการดำเนินการ	- สนับสนุนการทำ PDCA ทุกระดับ - ระบบ KPI และ OKR รายบุคคล - การให้รางวัลนักวิจัยและบุคลากรดีเด่น	- กำหนดเป้าหมาย KPI/OKR - ติดตาม KPI/OKR ของสถาบันฯ และหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือน - มอบรางวัล ยกย่องชมเชยนักวิจัยและบุคลากรดีเด่นประจำปี	7.4-10 – 7.4-11 7.4-16
มุ่งสร้างนวัตกรรม	- Innovation Award	- ร่วมเป็นคณะกรรมการนวัตกรรม - สนับสนุนงบประมาณในการสร้างนวัตกรรม - ติดตามความก้าวหน้าและมอบรางวัล Innovation Award แก่หน่วยงาน/บุคลากรที่มีนวัตกรรมดีเด่นประจำปี	7.4-13
มุ่งการเรียนรู้	- การจัด KM Day ประจำปี - KM Award	- เข้าร่วมกิจกรรม KM ทุกครั้ง - สนับสนุนงบประมาณในการจัดการความรู้ - ติดตามความก้าวหน้าและมอบรางวัล KM Award แก่หน่วยงาน/บุคลากรที่มีการจัดการความรู้ดีเด่นประจำปี	7.4-12

(2) การทำให้เกิดการปฏิบัติการอย่างจริงจัง

ในการทำให้บุคลากรมุ่งเน้นการปฏิบัติการอย่างจริงจังเพื่อให้บรรลุพันธกิจของสถาบันฯ ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการนำองค์กรของสถาบันฯ คือ R-I-H-E-S หรือ Refocus-Implementation-Human and Resource Allocation-Execution and Evaluation-Sharing and Improvement (หัวข้อ 1.1ก.(1) และรูปที่ 1.1-1) โดยมีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ ค่านิยม และแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 1.1-2) ใช้

ระบบ Performance Management System ทั้งระดับองค์กร ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคลในการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างจริงจังทุก 3 เดือน (รูปที่ 5.2-5) ให้ทุกหน่วยงานใช้เครื่องมือ PDCA, การจัดการความรู้, และการมุ่งสร้างนวัตกรรม เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการของหน่วยงาน (รูปที่ P.2-4) และมีการยกย่องและให้รางวัลบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานที่โดดเด่น มีการจัดการความรู้/สร้างแนวทางการปฏิบัติที่โดดเด่น หรือมีการสร้างนวัตกรรมใหม่เป็นประจำทุกปี

1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการตอบแทนสังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบการกำกับดูแลองค์กร

จากโครงสร้างองค์กรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (จากโครงสร้างองค์กรในหน้า O1 และ O2) การดำเนินการของคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ (1) สภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รูปที่ 1.2-1 ระบบการกำกับดูแลองค์กรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อกำหนด	วิธีการ/แนวทาง	ความถี่	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
การกำกับดูแลการวางแผนกลยุทธ์ของสถาบันฯ ให้สอดคล้องกับนโยบายของมหาวิทยาลัย	ผู้บริหารสถาบันฯ เสนอแผนกลยุทธ์ต่อคณะกรรมการอำนวยการเพื่อให้ความเห็นชอบ	ปีละ 1 ครั้ง	ผู้บริหารสถาบันฯ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการบริหารสถาบันฯ	7.4-16 7.5-14 7.5-15
	ผู้บริหารสถาบันฯ เสนอแผนกลยุทธ์ต่อสภามหาวิทยาลัยเพื่อให้ความเห็นชอบ	ทุก 4 ปี		
	ผู้บริหารสถาบันฯ รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการต่อคณะกรรมการอำนวยการสถาบันฯ	ทุก 6 เดือน	ผู้บริหารสถาบันฯ สามารถดำเนินการสำเร็จตามแผนกลยุทธ์ที่นำเสนอต่อมหาวิทยาลัย	
	ผู้บริหารสถาบันฯ รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการต่ออธิการบดี	ทุก 3 เดือน		
การกำกับดูแลให้ปฏิบัติตามกฎหมายและการใช้จ่ายงบประมาณ	ผู้บริหารสถาบันฯ รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการต่อสภามหาวิทยาลัย	เมื่อครบ 18 เดือน และ 3 ปีของการดำรงตำแหน่ง		
	การตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัย	ทุก 3 เดือน	ผ่านการตรวจสอบ	7.4-18
การกำกับดูแลให้ดำเนินการอย่างมีจริยธรรมและโปร่งใส	การตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบภายนอก	ปีละ 1 ครั้ง	ผ่านการตรวจสอบ	7.4-15
	การรายงานผลการประเมินการดำเนินการโดยสภามหาวิทยาลัยในเว็บไซต์ของสถาบันฯ	เมื่อครบ 18 เดือน และ 3 ปีของการดำรงตำแหน่ง	มีการเผยแพร่ผลการดำเนินการของผู้บริหารต่อสาธารณชน	7.4-14 7.4-22
การวางแผนการสืบทอดตำแหน่งผู้บริหารสถาบันฯ	การรายงานผลการดำเนินการประจำปีในเว็บไซต์ของสถาบันฯ	ปีละ 1 ครั้ง	มีการเผยแพร่ผลการดำเนินการประจำปีต่อสาธารณชน	7.4-22
	ผู้บริหารสถาบันฯ เสนอแผนการสืบทอดตำแหน่งต่อคณะกรรมการอำนวยการสถาบันฯ	ทุก 4 ปี	รายชื่อกลุ่มบุคคลที่มีศักยภาพในการเป็นผู้บริหารสถาบันฯ ในอนาคต	7.3-21

(2) อธิการบดีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ (3) คณะกรรมการอำนวยการสถาบันฯ (RIHES Board of Directors หรือ RIHES-BOD) ซึ่งประกอบด้วยกรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิหรืออธิการบดีเป็นประธาน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่อธิการบดีเห็นชอบ 3-5 ท่าน รองอธิการบดีหรือผู้ปฏิบัติการแทนอธิการบดี ผู้อำนวยการสถาบันฯ และรองผู้อำนวยการสถาบันฯ

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการกำกับดูแลองค์กรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Governance System) (รูปที่ 1.2-1) ในการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการบริหารอย่างรับผิดชอบ โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้ (1) ศึกษาข้อกำหนดในการกำกับดูแลองค์กรทั้งจากภายนอกและภายในมหาวิทยาลัย (2) กำหนดวิธีการ/แนวทางและความถี่ในการดำเนินการของแต่ละข้อกำหนด (3) กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายในการดำเนินการของแต่ละวิธีการ/แนวทาง (4) ดำเนินการวิธีการ/แนวทางตามความถี่ที่กำหนด และ (5) ติดตามความก้าวหน้า ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินการตามความถี่ที่กำหนด

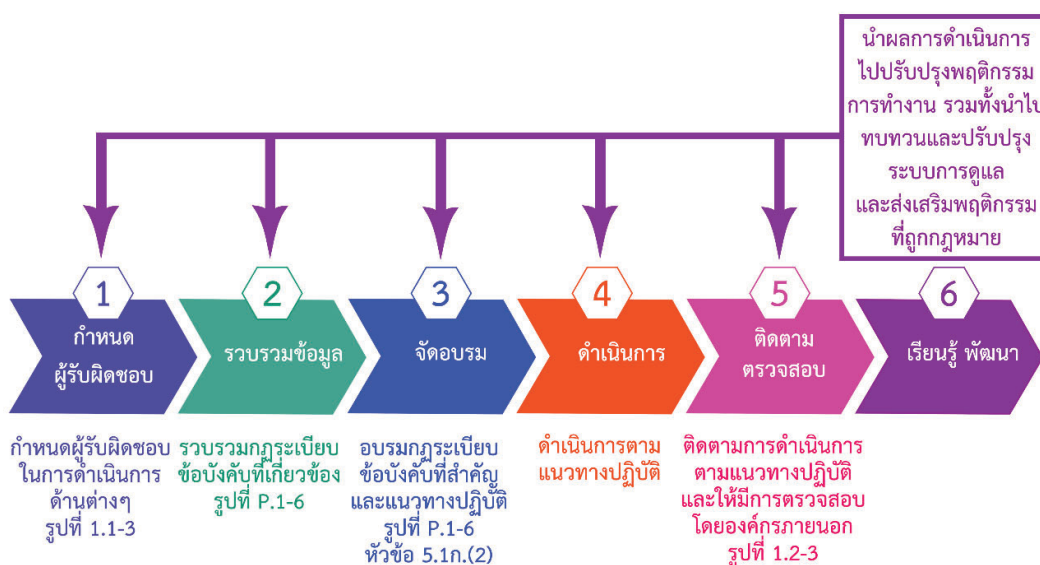
(2) การประเมินผลการดำเนินการ

จากระบบการกำกับดูแลองค์กรในรูปที่ 1.2-1 อธิการบดีและสภามหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะนำรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการของสถาบันฯ ไปใช้ในการประเมินผลการดำเนินการของผู้บริหารสถาบันฯ และนำผลการประเมินไปกำหนดค่าตอบแทน การให้รางวัล และการพัฒนาผู้บริหารสถาบันฯ

ข. การประพจน์ปฏิบัติตามกฎหมาย และการประพจน์ปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม

(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Legal and Ethical Compliance System) ในการกำกับดูแลให้บุคลากรของสถาบันฯ ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับและจริยธรรม (รูปที่ 1.2-2) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ (1)



รูปที่ 1.2-2 ระบบการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม

กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินการและกำกับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรด้านต่าง ๆ (รูปที่ 1.1-3) (2) ศึกษาและรวบรวมกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญในการดำเนินการของสถาบันฯ (รูปที่ P.1-6 หมวดโครงสร้างองค์กร) รวมทั้งจัดทำแนวทางปฏิบัติ และกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามผลการปฏิบัติของบุคลากรให้ถูกกฎหมาย (รูปที่ 1.2-3) (3) จัดอบรมกฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (4) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติซึ่งได้ทำการอบรมแก่บุคลากรแล้ว (5) ติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับที่สำคัญ ของทุกหน่วยงานภายในสถาบันฯ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยมีการจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามและกำกับดูแลให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกกฎหมาย รวมทั้งให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม โดยหน่วยงานที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ เป็นประจำทุกปี และผู้รับผิดชอบกำกับดูแลในแต่ละด้านรายงานผลการตรวจสอบต่อผู้บริหารปีละ 1 ครั้ง และ (6) เรียนรู้และพัฒนา นำผลการดำเนินการไปใช้ในการยกย่องและให้รางวัลบุคลากรที่มีการประพฤติปฏิบัติดีเด่น ปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งนำไปทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกกฎหมาย

รูปที่ 1.2-3 การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

การตรวจสอบ	หน่วยงานที่ตรวจสอบ	ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ความถี่	ผลลัพธ์
การตรวจสอบกระบวนการดำเนินการวิจัยโดยผู้ตรวจสอบจากภายนอก	องค์กรตรวจสอบคุณภาพการวิจัย PPD	มีกระบวนการดำเนินการวิจัยที่ดีตาม Good Clinical Practice (GCP) ตามระเบียบของ NIH	ทุก 3 เดือน	7.4-15
การตรวจสอบการใช้งบประมาณของสถาบันฯ โดยผู้ตรวจสอบบัญชีภายใน	หน่วยงานตรวจสอบบัญชีของกระทรวงการคลัง	มีการใช้งบประมาณตามระเบียบบัญชีและพัสดุของกระทรวงการคลัง	ปีละครั้ง	
การตรวจสอบการใช้งบประมาณของสถาบันฯ โดยผู้ตรวจสอบจากภายนอก	บริษัท Pricewaterhouse Coopers (PwC)	มีการใช้งบประมาณตามระเบียบบัญชีและพัสดุของ NIH	ปีละครั้ง	
การตรวจสอบการดำเนินการของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโดยผู้ตรวจสอบจากภายนอก	Federal Wide Assurance for the Protection of Human Subjects และ The Forum for Ethical Review Committees in the Asian and Western Pacific Region	มีกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่ได้มาตรฐานสากล	ทุก 4 ปี	
การตรวจประเมินกระบวนการทางห้องปฏิบัติการโดยผู้ตรวจสอบจากภายนอก	องค์กรตรวจสอบคุณภาพการวิจัย PPD, สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย	มีกระบวนการดำเนินการทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานของ Good Clinical Laboratory Practice (GCLP) และ NIH	ปีละครั้ง	

คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โดยรองผู้อำนวยการร่วมกับสำนักงานสถาบันฯ ใช้ ระบบบริหารความเสี่ยงของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Risk Management System) (รูปที่ 1.2-4) ในการจัดการผลกระทบและความกังวลของสังคมที่มีต่อผลิตภัณฑ์และการปฏิบัติการของสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) ศึกษาผลกระทบและความกังวลของสังคมที่อาจมีต่อผลิตภัณฑ์และการปฏิบัติการของสถาบันฯ (2) กำหนดวิธีการ/แนวทางและความถี่ในการดำเนินการเพื่อป้องกันผลกระทบต่าง ๆ (3)

รูปที่ 1.2-4 การจัดการผลกระทบและลดความกังวลของสังคม

ผลกระทบ	วิธีการ/แนวทาง	เป้าหมาย	ความถี่	ผลลัพธ์
การเกิดภาวะ ฉุกเฉิน	จัดการอบรมและชักชวนเพื่อเตรียมความพร้อมในภาวะ ฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก	บุคลากรทุกคนเข้าร่วมการอบรม	ปีละครั้ง	7.3-17
ผลกระทบต่อชุมชน	เชิญตัวแทนชุมชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา ชุมชนเพื่อให้คำปรึกษาและป้องกันผลกระทบต่อชุมชน	มีตัวแทนของชุมชนที่สำคัญเข้า ร่วมเป็นกรรมการ	ประชุมทุก 3 เดือน	7.4-17 7.4-27 7.4-28
	ส่งตัวแทนจากสถาบันฯ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการจัดการ ปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด ระดับภาค และ ระดับประเทศ	มีตัวแทนของสถาบันฯ เข้าร่วม เป็นกรรมการ	เป็นประจำ	7.4=27 7.4-28
ผลกระทบต่อ สภาพแวดล้อม	ตั้งคณะกรรมการพิจารณาผลกระทบทางชีวภาพต่อ สิ่งแวดล้อมของสถาบันฯ	ป้องกันผลกระทบทางชีวภาพต่อ สิ่งแวดล้อม	ประชุมทุก 6 เดือน	7.4-18
	การกำจัดขยะติดเชื้อและสารเคมี	กำจัดขยะติดเชื้อและสารเคมีได้ อย่างถูกต้อง	เป็นประจำ	7.3-17 7.4-26
	การคัดแยกขยะ	คัดแยกขยะประเภทต่าง ๆ เพื่อ นำไปทำลายอย่างเหมาะสม	เป็นประจำ	7.3-17 7.4-26
	การประหยัดการใช้พลังงานและการใช้พลังงานสะอาด	ลดการใช้พลังงานจากเชื้อเพลิง ฟอสซิลและทดแทนด้วยพลังงาน สะอาด	เป็นประจำ	7.4-26
ผลกระทบต่อ อาสาสมัคร	ตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของสถาบันฯ	ป้องกันผลกระทบของงานวิจัยต่อ ชุมชน	ประชุมเดือน ละครั้ง	7.4-18 7.4-20
	จัดทำคู่มือการรักษาความลับของอาสาสมัครโครงการวิจัย และทบทวนเพื่อปรับปรุงคู่มือให้ทันสมัยอยู่เสมอ	รักษาความลับของอาสาสมัคร	ปีละครั้ง	7.4-18

กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายในการดำเนินการของแต่ละวิธีการ/แนวทาง (4) ดำเนินการวิธีการ/แนวทางตาม
ความถี่ที่กำหนด และ (5) ติดตามความก้าวหน้า ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินการเป็นประจำตาม
ความถี่ที่กำหนดในแต่ละวิธีการ/แนวทาง

(2) การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม

ผู้บริหารสถาบันฯ และผู้รับผิดชอบในรูปที่ 1.1-3 ส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าปฏิสัมพันธ์ทุกด้านของ
สถาบันฯ เป็นไปอย่างมีจริยธรรม โดยกำหนดแนวทาง/วิธีการ ตัวชี้วัดในการติดตามผลการดำเนินการ และ
ความถี่ดังแสดงในรูปที่ 1.2-5 นอกจากนี้ สถาบันฯ มีกระบวนการตรวจสอบและประเมินพฤติกรรมที่มี
จริยธรรมของบุคลากรผ่านการรับเรื่องร้องเรียนด้านจริยธรรมจากบุคลากร บุคคลภายนอก อาสาสมัคร
โครงการวิจัย คู่ความร่วมมือ และผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ หากเรื่องมีมูลจะมีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนเพื่อ
พิจารณาข้อเท็จจริง และดำเนินการลงโทษหากสอบสวนแล้วพบว่ามีผิดจริงตามที่ถูกร้องเรียน

ค. การตอบแทนสังคม

ผู้บริหารสถาบันฯ ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับของสถาบันฯ คำนึงถึงการตอบแทนสังคมเป็นส่วนหนึ่ง
ของการทำงาน โดยกำหนดให้การตอบแทนสังคมเป็น 1 ใน 5 ค่านิยมขององค์กร คือ S – Societal

รูปที่ 1.2-5 การส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	แนวทาง/วิธีการ	ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ความถี่	ผลลัพธ์
บุคลากร	การอบรมบุคลากรใหม่	บุคลากรใหม่ต้องผ่านการอบรมทุกคน	เมื่อบุคลากรใหม่เริ่มเข้าปฏิบัติงาน	7.4-20
	ระบบพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรใหม่	บุคลากรใหม่ต้องมีพี่เลี้ยงดูแลการปฏิบัติงานในระยะแรก		
	การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ของหน่วยงาน	บุคลากรทุกคนต้องได้รับการอบรมและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน		
	การตรวจสอบประวัติดาชญากรรม	ไม่มีประวัติดาชญากรรม		
	การมีผลประโยชน์ทับซ้อน	ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน	ตลอดไป	
	การทำผิดวินัยร้ายแรงของทางราชการ	บุคลากรต้องไม่กระทำความผิดวินัยร้ายแรงของทางราชการ	ตลอดไป	
	การอบรมจริยธรรมการวิจัย	นักวิจัย/บุคลากรวิจัยต้องได้รับการอบรมจริยธรรมการวิจัยทุก 3 ปี	ทุก 3 ปี	
	การพิจารณาด้านจริยธรรมของโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรม	โครงการวิจัยต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อนดำเนินการ	ปีละครั้ง	
ลูกค้า พันธมิตร ผู้ส่งมอบ	การตรวจสอบประวัติการดำเนินการ	แหล่งทุนวิจัย สถาบันที่เป็นพันธมิตร และผู้ส่งมอบต้องไม่มีประวัติการประพฤติปฏิบัติที่ไม่มีจริยธรรม	ตลอดไป	
ชุมชน	แผนการสนับสนุนชุมชน	สนับสนุนให้หน่วยงานภายในมีแผนการสนับสนุนชุมชน	ปีละครั้ง	
	การสนับสนุนชุมชนของบุคลากร	บุคลากรต้องเข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ปีละครั้ง	
	การเชิญตัวแทนชุมชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน	โครงการวิจัยที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน	ปีละครั้ง	

contribution (รับใช้สังคม) และกำหนดให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบต่อสังคม สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES CSR) เป็นผู้รับผิดชอบ ระบบการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Corporate Social Responsibility System) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) ในการวางแผนกลยุทธ์ประจำปีของสถาบันฯ ผู้บริหารสถาบันฯ กำชับให้ทุกหน่วยงานคำนึงถึงการตอบแทนสังคมเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการดำเนินการของสถาบันฯ โดยเน้นการสร้างงานวิจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกของสังคมและการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน (2) ในการกำหนดแผนปฏิบัติการประจำปี ผู้บริหารสถาบันฯ เน้นและให้การสนับสนุนโครงการวิจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกของสังคม (3) เมื่อบุคลากรของสถาบันฯ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/โครงการวิจัย ผู้บริหารสถาบันฯ ส่งเสริมและมีส่วนร่วมในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนที่สำคัญของสถาบันฯ (4) มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการด้านการตอบแทนสังคมเป็นประจำทุกปี และ (5) นำผลการประเมินมาใช้ในการปรับปรุงแผนกลยุทธ์ด้านการตอบแทนสังคมในปีต่อไป

(1) ความผาสุกของสังคม

ในขั้นตอนที่ 1 ของระบบการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมดังกล่าวข้างต้น ผู้บริหารสถาบันฯ วางแผน

กลยุทธ์ในระยะ 4 ปีข้างหน้าโดยกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หลัก คือ SO1: สร้างงานวิจัยและนวัตกรรมในหัวข้อใหม่ ๆ นอกจาก HIV ได้แก่ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อนามัยสิ่งแวดล้อม และนวัตกรรมทางชีวภาพ และ SO2: เพิ่มประสิทธิภาพงานวิจัยทั้งด้าน HIV และด้านอื่น ๆ ซึ่งนักวิจัย/อาจารย์ของสถาบันฯ จะจัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการวิจัยที่ตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ทั้ง 2 ข้อนี้ โดยล้วนมีเป้าหมายสำคัญในการสร้างความผาสุกของสังคม คือการสร้างองค์ความรู้ใหม่และนวัตกรรมที่นำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับโลก

ดังนั้น ในการปฏิบัติการประจำวันของบุคลากรสถาบันฯ ตามแผนปฏิบัติการ/โครงการวิจัยดังกล่าวจึงมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการสร้างความผาสุกของสังคม รวมทั้งจะทำให้เกิดผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรหรือวัตถุดิบจากธรรมชาติในท้องถิ่นที่ได้คุณภาพและสามารถต่อยอดในเชิงพาณิชย์ได้ ซึ่งเป็นการยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นอีกด้วย

นอกจากนั้น ผู้บริหารสถาบันฯ ยังคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการสร้างความสมบูรณ์แก่ระบบสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ โดยเข้าร่วมในโครงการต่าง ๆ ได้แก่ (1) โครงการส่งเสริมการใช้พลังงานแสงอาทิตย์เพื่อลดการใช้พลังงานไฟฟ้าที่ได้จากเชื้อเพลิงฟอสซิล (2) โครงการเปลี่ยนหลอดไฟแบบหลอดไฟและฟลูออเรสเซนต์เป็นหลอดไฟ LED เพื่อลดการใช้พลังงานไฟฟ้า (3) โครงการขยะรีไซเคิลและการกำจัดขยะสารเคมีและ electronic ที่ถูกต้องเพื่อลดการสร้างขยะและอันตรายจากขยะสารเคมีและ electronic (4) รมรงค์ให้ใช้ไฟฟ้าและน้ำประปาอย่างประหยัด และ (5) รมรงค์ให้ลดการใช้กระดาษเพื่อลดการทำลายทรัพยากรป่าไม้

(2) การสนับสนุนชุมชน

ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้มีระบบการสนับสนุนชุมชน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (รูปที่ 1.2-6) ภายใต้ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ RIHES CSR โดยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้ ทรัพยากร และ



รูปที่ 1.2-6 ระบบการสนับสนุนชุมชน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ความเชี่ยวชาญที่ได้จากการดำเนินการวิจัยของสถาบันฯ นำไปพัฒนาต่อยอดการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน รวมทั้งเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาแก่ชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) กำหนดชุมชนที่สำคัญที่จะให้การสนับสนุน โดยมีข้อกำหนดดังนี้ ชุมชนนั้นประสบปัญหาด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยมของสถาบันฯ และชุมชนนั้นต้องการมีส่วนร่วมในแก้ปัญหาด้านสุขภาพนั้น หากมีมากกว่า 1 ชุมชน จะมีการจัดเรียงลำดับตามความสำคัญเร่งด่วน ซึ่งในรอบ 4 ปีของการบริหาร (พ.ศ. 2564-

รูปที่ 1.2-7 การสนับสนุนชุมชนที่สำคัญของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชุมชนที่สำคัญ	การดำเนินการ	การมีส่วนร่วมของผู้บริหารและบุคลากร	ผลลัพธ์
ชุมชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ (พ.ศ. 2563)	- ติดตั้งเครื่องตรวจวัดปริมาณ PM2.5 โดยใช้เซนเซอร์ขนาดเล็กให้ครบ 205 ตำบลใน 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ - รวบรวมข้อมูลปริมาณ PM2.5 รายงานที่จากเครื่องตรวจวัดทั้งหมดส่งเข้าไปเก็บไว้ในเซิร์ฟเวอร์ของสถาบันฯ - รายงานปริมาณ PM2.5 และวิเคราะห์ดัชนีคุณภาพอากาศรายนาที่ รายชั่วโมง และรายวัน รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ประชาชนเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ โดยผ่านทาง website www.cmaqi.org และทาง mobile application CMAQHI (Chiang Mai Air Quality Health Index หรือ คุณภาพอากาศเพื่อสุขภาพชาวเชียงใหม่) - จัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านปัญหามลภาวะทางอากาศจาก PM2.5 แก่ชุมชนในตำบลที่ได้รับการติดตั้งเครื่องตรวจวัดปริมาณ PM2.5 - จัดกิจกรรมแนะนำการทำสวนให้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประจำตำบลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กเล็กที่เกิดจาก PM2.5	- ผู้บริหารสถาบันฯ มีส่วนร่วมในการคัดเลือกชุมชน/ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยต้องสอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของสถาบันฯ - ผู้บริหารสถาบันฯ ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน - ผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันฯ เข้าร่วมในการออกพื้นที่ชุมชนที่สำคัญ - ผู้บริหารสถาบันฯ ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินการของนักวิจัย/อาจารย์ที่เข้าไปสนับสนุนชุมชน	7.4-24 – 7.4-28
ชุมชนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ (ที่เหลื่อ) แม่ฮ่องสอน เชียงราย และลำพูน (พ.ศ. 2564)	- ติดตั้งเครื่องตรวจวัดปริมาณ PM2.5 โดยใช้เซนเซอร์ขนาดเล็กในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือ - เนื่องจากมีการครอบคลุมพื้นที่นอกเหนือจากจังหวัดเชียงใหม่ จึงปรับเปลี่ยนชื่อของ website ที่ใช้ในการรายงานปริมาณ PM2.5 และวิเคราะห์ดัชนีคุณภาพอากาศรายนาที่ รายชั่วโมง และรายวัน รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ประชาชนเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากมลพิษทางอากาศเป็น www.ntaqhi.info (Northern Thailand Air Quality Health Index หรือ คุณภาพอากาศเพื่อสุขภาพชาวเหนือ) และ mobile application เป็น NTAQHI - มีการจัดกิจกรรมสนับสนุนชุมชนอย่างต่อเนื่อง		
ชุมชนในพื้นที่ 9 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (พ.ศ. 2565)	- ติดตั้งเครื่องตรวจวัดปริมาณ PM2.5 โดยใช้เซนเซอร์ขนาดเล็กในพื้นที่จังหวัดลำปางพะเยา แพร่ น่าน และตาก - จัดกิจกรรมสนับสนุนชุมชนอย่างต่อเนื่อง		
ชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง (พ.ศ. 2566-2568)	- ติดตั้งเครื่องตรวจวัดปริมาณ PM2.5 โดยใช้เซนเซอร์ขนาดเล็กในพื้นที่ 10 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง - จัดกิจกรรมสนับสนุนชุมชนอย่างต่อเนื่อง		

2568) ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้ ชุมชนใน 9 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่ประสบปัญหาหมอกควันทางอากาศจากฝุ่นพิษ PM2.5 มากกว่า 20 ปี เป็นชุมชนสำคัญที่สถาบันฯ จะให้การสนับสนุน และในปีแรกเริ่มโครงการนำร่องภายในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ก่อน และขยายพื้นที่ออกไปในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ในเขตภาคเหนือในปีต่อ ๆ ไปตามลำดับ

2) กำหนดหัวข้อเรื่องที่จะสนับสนุนชุมชน โดยมีข้อกำหนดดังนี้ ต้องเป็นเรื่องที่นักวิจัย/อาจารย์มีองค์ความรู้ และมีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำงานในชุมชนนั้น หากมีมากกว่า 1 หัวข้อเรื่อง จะจัดเรียงลำดับการดำเนินโครงการตามความสำคัญเร่งด่วน ซึ่งในรอบ 4 ปีของการบริหาร (พ.ศ. 2564-2568) ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้ปัญหาหมอกควันทางอากาศจากฝุ่นพิษ PM2.5 ซึ่งเป็นเรื่องที่นักวิจัยของสถาบันฯ มีความเชี่ยวชาญ เป็นหัวข้อเรื่องสำคัญที่สถาบันฯ จะให้การสนับสนุน และในระยะแรกจะเริ่มทำการติดตั้งเครื่องวัดปริมาณ PM2.5 เพื่อแจ้งเตือนสุขภาพของประชาชนให้ทั่วภาคเหนือตอนบนก่อน และหลังจากติดตั้งครบแล้ว จะขยายโครงการออกไปในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ในเขตภาคเหนือในปีต่อ ๆ ไปตามลำดับ 3) วางแผนปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบโครงการวางแผนปฏิบัติการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญเป็นรายปี และแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการจากทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 สถาบันฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในโครงการนำร่องติดตั้งเครื่องวัดปริมาณ PM2.5 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต 5 จังหวัดภาคเหนือตอนบนก่อน และในปี พ.ศ. 2565 ก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรภาคเอกชนเพิ่มเติมจนสามารถติดตั้งได้ครบ 9 จังหวัดภาคเหนือตอนบน 4) ดำเนินการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ ผู้รับผิดชอบโครงการร่วมกันจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันฯ มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างทั่วถึง (รูปที่ 1.2-7) 5) ติดตามและประเมินผล ผู้บริหารสถาบันฯ และนักวิจัย/อาจารย์/บุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินการทุก 3 เดือนว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ และ 6) เรียนรู้และพัฒนา เมื่อดำเนินการครบ 1 ปี ผู้บริหารสถาบันฯ และนักวิจัย/อาจารย์/บุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการจะนำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนการดำเนินการและระบบการสนับสนุนชุมชนต่อไป โดยมีการขยายพื้นที่ในการสนับสนุนชุมชนเพิ่มขึ้นทุกปี รวมทั้งจะได้มีการขยายหัวข้อในการให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนชุมชนที่สำคัญของสถาบันฯ แสดงในรูปที่ 1.2-7 ซึ่งนอกจากการจัดกิจกรรมสนับสนุนชุมชนที่เป็นส่วนกลางของสถาบันฯ แล้ว ผู้บริหารสถาบันฯ ยังสนับสนุนให้หน่วยงานภายในของสถาบันฯ มีแผนการสนับสนุนชุมชน (รูปที่ 1.2-5) และให้ทุนสนับสนุนการจัดกิจกรรมสนับสนุนชุมชนอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 2 กลยุทธ์

2.1 การจัดทำกลยุทธ์

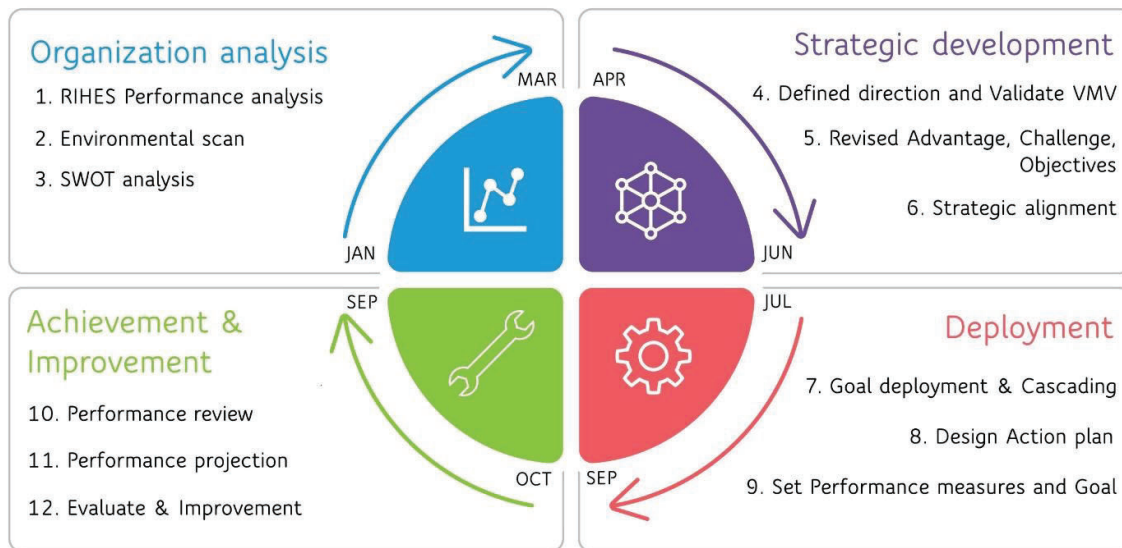
ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

(1) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Strategic Planning Process - RIHES SPP) (รูปที่ 2.1-1) โดยให้หัวหน้า

หน่วยงานภายในสถาบันฯ มีส่วนร่วมวางแผนกลยุทธ์ที่ใช้เป็นกรอบการดำเนินการระยะยาว 4 ปีตามรอบวาระการทำงานของคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ และมีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีซึ่งเป็นแผนระยะสั้นที่จัดทำขึ้นล่วงหน้า 1 ปี กระบวนการวางแผนกลยุทธ์มีขั้นตอนที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน 4 ระยะ 12 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์องค์กร (Organization analysis) เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่ 1 ของทุกปี โดยผู้บริหารสถาบันฯ พิจารณาปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงานของสถาบันฯ 3 ขั้นตอน คือ (1) ใช้ข้อมูลข้อมูลสารสนเทศและผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของ



Phase	Organization analysis	Strategic development	Strategic deployment	Strategy Achievement & Improvement
Step (activities)	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11 12
Timeline	Jan - Mar	Apr - Jun	Jul - Sep	Oct - Sep
Input	- OFIs to SPP - Mega trends - PEST analysis - Stakeholder analysis - CMU Foresight and OKPs - VOC - Competitor, Partner analysis - Organization performance - Regulatory update	- Primary goal and RIHES OKPs - Vision, Mission, Core competencies (VMC)	- Strategy objectives - Initiate plans - Goals - Key work system	- Strategic plan - Action plan - Reviewed KPI - Target goal and expected results
Output	- Environmental scan - Customer needs - Key requirement - SWOT analysis	- Validation of VMC - SC, SR, SO - Innovation, Intelligent risk and Initiates (3I) - Short- & Long-term goal - Key work system - Resource needs	- Action plan - Measurements - Target and expected goal - Work processes	- Result - Feedback - Gap analysis - Improving plan
Participants	- RIHES Board - Director - TQA team	- RIHES board - Director - TQA team - Head of officer and Department	- Director - Head of officer and Department	- Head of officer and Department - Staff

รูปที่ 2.1-1 กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

สถาบันฯ (2) วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายในองค์กร โดยใช้ PEST analysis, การวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลก, scenario analysis, OFI, 5-Force model, ผลลัพธ์การดำเนินงานที่สำคัญของคู่เทียบ, เป้าหมายที่ได้รับมอบหมายของต้นสังกัด (CMU OKR), กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ความคิดเห็นจากคณะกรรมการอำนวยการที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า และข้อมูลสารสนเทศและผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของสถาบันฯ เป็นต้น (รูปที่ 2.1-3) และ (3) SWOT analysis ตามสถานการณ์ปัจจุบันของสถาบันฯ (รูปที่ P.2-3)

ระยะที่ 2 การพัฒนาแผนกลยุทธ์ (Strategic development) เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่ 2 ของทุกปี โดยผู้บริหารสถาบันฯ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาพัฒนาแผนกลยุทธ์ 3 ขั้นตอน คือ (4) ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจสำคัญ วัฒนธรรมองค์กร ค่านิยม และสมรรถนะหลัก (รูปที่ P.1-1) รวมทั้งวางเป้าหมายวิสัยทัศน์ (รูปที่ P.1-2) ซึ่งจะใช้กำหนดทิศทางและวัดความสำเร็จในระยะ 4 ปี โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ช่องว่างของเป้าหมายกับผลการดำเนินงานในสถานการณ์ปัจจุบัน (5) พิจารณาความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (SA) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (SC) ที่สำคัญ (รูปที่ P.2-3) เพื่อกำหนดกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อโอกาสเชิงกลยุทธ์ที่เป็นความเสี่ยงที่น่าลงทุน และ (6) นำเสนอแผนกลยุทธ์ต่อผู้บริหารทั้งระดับสูงและระดับกลางของสถาบันฯ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดที่สำคัญของกลยุทธ์ (RIHES OKR) เป้าหมาย ค่าคาดการณ์ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง สร้างเสริมสมรรถนะใหม่ เพิ่มประสิทธิภาพและขีดความสามารถในการแข่งขัน

ระยะที่ 3 การกำหนดและถ่ายทอดแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ (Strategic deployment) เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่ 3 ของทุกปี โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ (7) ถ่ายทอดและสื่อสารแผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายสำคัญ ต่อผู้บริหารและหัวหน้าส่วนงานทุกระดับผ่านการประชุมสื่อสารภายในองค์กรในระดับต่างๆ (8) หัวหน้าส่วนงานร่วมกับบุคลากรของแต่ละส่วนงานพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และ (9) กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญของส่วนงาน (Departmental OKR) และเป้าหมายการทำงานทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการ หัวหน้าส่วนงานนำเสนอแผนปฏิบัติการต่อกรรมการบริหารสถาบันฯ เพื่อขอการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและกำลังคน ต่อจากนั้นผู้บริหารสถาบันฯ นำเสนอแผนปฏิบัติการต่อคณะกรรมการอำนวยการฯ เพื่อเสนอแนะเพิ่มเติม ก่อนจะสรุปเป็นแผนปฏิบัติการฉบับสมบูรณ์ให้แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน

ระยะที่ 4 การนำแผนไปปฏิบัติ ติดตาม ประเมิน และปรับปรุงการดำเนินงาน (Strategic achievement and improvement) หลังจากทีทุกหน่วยงานของสถาบันฯ นำแผนปฏิบัติการไปดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม จะมีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ (10) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและนำเสนอต่อผู้บริหารสถาบันฯ ในการประชุม “ผู้บริหารพบบุคลากร” ที่จัดเป็นประจำทุก 3 เดือน (11) ผู้บริหารสถาบันฯ ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานวิเคราะห์ผลการดำเนินการเทียบกับตัวชี้วัดและเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคต ซึ่งหากมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแผนก็สามารถทำได้ทันที และ (12) ผู้บริหารสถาบันฯ

ประชุมพิจารณาผลการดำเนินการรอบ 12 เดือน รวมทั้งการปรับปรุงและพัฒนาแผนกลยุทธ์ นำเสนอต่อ คณะกรรมการอำนวยการ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและรับการประเมินผลปฏิบัติงานประจำปี ซึ่งผลการประเมิน จะถูกนำไปใช้ในการปรับปรุง/พัฒนาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ หรือการปฏิบัติงาน ตามวงจร PDCA อย่าง ต่อเนื่อง

ในกรณีที่เกิดสถานการณ์เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันทำให้ต้องปรับเปลี่ยนแผน ทีมบริหารระดับสูงทำ การวิเคราะห์เพื่อประเมินผลกระทบต่อเป้าหมายวิสัยทัศน์ ความพร้อมในการดำเนินงาน ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากรและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งโอกาสที่จะดำเนินการสำเร็จ ประกอบการตัดสินใจดำเนินการปรับ แผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ในการเพิ่มหรือลดกิจกรรมในแผนปฏิบัติการ ตลอดจนถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการต่อไป รวมทั้งสื่อสารให้บุคลากรและบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องทราบ

(2) นวัตกรรม

กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-1) กระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมได้จาก

1. ผู้บริหารสถาบันฯ ระดมสมอง อภิปรายและกำหนดปัญหา/จุดที่อยากพัฒนา โดยพิจารณาจากปัจจัย ภายนอก ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม แนวโน้มของโลก ความต้องการของ ลูกค้า และผลการดำเนินการของสถาบันฯ
2. ผู้บริหารสถาบันฯ ร่วมกันเสนอแนวคิดใหม่ที่หลากหลายและเป็นความคิดที่นอกกรอบ เพื่อสร้าง โอกาสเชิงกลยุทธ์ในการแก้ไขหรือพัฒนาผลการดำเนินงานในด้านต่างๆ ของสถาบันฯ
3. นำโอกาสเชิงกลยุทธ์ที่ได้จากการระดมสมองไปประเมินผลได้ผลเสียอย่างรอบด้านและคัดเลือกโอกาส เชิงกลยุทธ์ที่เป็นความเสี่ยงที่น่าลงทุน (รูปที่ 2.1-2) โดยใช้เกณฑ์พิจารณาต่างๆ ได้แก่ ผลกระทบต่อวิสัยทัศน์

รูปที่ 2.1-2 โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่เป็นความเสี่ยงที่น่าลงทุน

โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่เป็นความเสี่ยงที่น่าลงทุน	ตัวอย่างการริเริ่มสิ่งใหม่
- Emerging Health Trends ที่เป็นการต้องการของสังคม เช่น Digital tech, Covid-19, Aging, EIDs, NCDs, และ PM2.5 - มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มุ่งสู่การเป็นมหาวิทยาลัยที่โดดเด่นใน ด้าน Innovation	- จัดตั้งหน่วย/กลุ่มวิจัยใหม่ เช่น EIDs และ Bio-innovation เป็นต้น - ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มของนักวิจัยในด้านผลิตภัณฑ์เชิง นวัตกรรม - ทุนอุดหนุนการทำวิจัยมุ่งเป้าของสถาบันฯ - ทุนอุดหนุนในการสร้างสรรค์ผลงานเชิงนวัตกรรม
- นโยบายภาครัฐที่ต้องการเพิ่มสัดส่วนนักวิจัย และกำลังคน ระดับสูงที่สามารถเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มอุตสาหกรรมเกษตรอาหาร และการแพทย์	- จัดการเรียนการสอนหลักสูตรนานาชาติ ในด้านการวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิต เป็นจำนวนมาก ที่ต้องการบริการตรวจยืนยันที่นำเชื้อลิโอ	- การบริการตรวจและรับรองผล Covid-19 ทั้งแบบในที่ตั้งและ drive thru
- ประเทศไทยมุ่งใช้ BCG model เป็นกลไกสำคัญในการผลักดัน สินค้าและนวัตกรรม เพื่อยกระดับมูลค่าทางเศรษฐกิจจาก ความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเฉพาะกลุ่มของ Nutraceutical product, Functional food หรือ Functional ingredient ที่มีประโยชน์ทางสุขภาพหรือการแพทย์	- การบริการวิจัยและทดสอบผลิตภัณฑ์ในกลุ่มอาหาร อาหารเสริม และอาหารใหม่ โดยจัดตั้งศูนย์บริการวิจัยและทดสอบทาง โภชนาการ - การจัดตั้งศูนย์ทดสอบดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index Center)

และเป้าหมายของสถาบัน สมรรถนะและทรัพยากรที่มีเดิม สมรรถนะที่ต้องพัฒนาและทรัพยากรที่ต้องจัดการ

4. นำโอกาสเชิงกลยุทธ์ที่เป็นความเสี่ยงที่นำลงทุนไปออกแบบผลิตภัณฑ์หรือการริเริ่มสิ่งใหม่ที่สามารถผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายและสร้างความโดดเด่นให้กับสถาบันฯ (รูปที่ 2.1-2) ตัวอย่างเช่น การจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาด้านวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ถึงแม้ผู้เรียนจะมีจำนวนน้อย แต่หลักสูตรที่เปิดสอนเป็นหลักสูตร International ซึ่งมีเพียงไม่กี่แห่งในโลก จึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่เจาะกลุ่มลูกค้าใหม่ทั้งในและนอกประเทศ สามารถเสริมสร้างภาพลักษณ์การยอมรับในระดับสากลและความเข้มแข็งทางการวิจัยของสถาบันได้เป็นอย่างดี

(3) การพิจารณากลยุทธ์

ผู้บริหารสถาบันฯ รวบรวมข้อมูลนำเข้าจากฝ่ายงานต่างๆ (รูปที่ 2.1-3) ตามกรอบเวลาที่กำหนดในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ของสถาบัน (รูปที่ 2.1-1) เพื่อนำมาวิเคราะห์ความได้เปรียบ โอกาสและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-2 และ P.2-3) โดยการจัดประชุมพัฒนาและปรับปรุงแผนกลยุทธ์ประจำปี เพื่อระดมความคิดเห็นสำหรับการกำหนดกลยุทธ์ของสถาบันให้มีความสอดคล้องกับแนวโน้มและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ร่วมกับการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน และการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าแผนการดำเนินการที่กำหนดในแผนกลยุทธ์จะบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้

รูปที่ 2.1-3 ปัจจัยที่นำมาประกอบการวางแผนกลยุทธ์ วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ	วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญ	ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะคุกคาม ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ดำเนินการผ่านกระบวนการระดมความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร และหัวหน้าส่วนงาน ด้วยวิธี SWOT analysis	ปีละ 1 ครั้ง	ผู้บริหารสถาบันฯ และหน่วยนโยบาย และแผน
สภาพแวดล้อมภายนอก การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง กฎระเบียบเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี	- Mega Trends/Health Trends ของโลก - แผน/นโยบายระดับชาติ มหาวิทยาลัย ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง - PEST analysis ในการวิเคราะห์ข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง	ผู้บริหารสถาบันฯ และหน่วยนโยบาย และแผน
ภัยคุกคามจากคู่แข่งหน้าใหม่ จาก สินค้า/บริการทดแทน อำนาจต่อรอง ลูกค้า/ผู้ส่งมอบ และสถานะการแข่งขัน	ดำเนินการผ่านกระบวนการระดมความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหาร และหัวหน้าส่วนงาน โดยใช้ 5-FORCE model วิเคราะห์ปัจจัยภายนอก	ปีละ 1 ครั้ง	ผู้บริหารสถาบันฯ และหน่วยนโยบาย และแผน
โครงสร้างองค์กร ระบบงาน กลยุทธ์ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	- สรุปผลการดำเนินโครงการตามแผนกลยุทธ์ปีที่ผ่านมา - รายงานผลการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ EdPEX - รายงานผลการดำเนินงานด้านบุคลากร - รายงานผลการใช้งบประมาณประจำปี - ใช้ 7s วิเคราะห์ปัจจัยภายใน	ปีละ 1 ครั้ง	ผู้บริหารสถาบันฯ และหน่วยนโยบาย และแผน
ความต้องการ ความคาดหวังของ ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ยุทธศาสตร์การวิจัยของประเทศและมหาวิทยาลัย - ความต้องการของลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของลูกค้า	ปีละ 1 ครั้ง	งานบริหารงานวิจัย และคณะทำงาน สื่อสารองค์กร
การวิเคราะห์ความเสี่ยง	ข้อมูลสรุปการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถาบันฯ ใน ด้านต่างๆ	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงฯ

(4) ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร

สถาบันฯ มี 2 ระบบงานสำคัญตามพันธกิจหลัก 2 ด้านของสถาบันฯ คือ 1) การดำเนินการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และ 2) จัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาด้านการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบจัดการระบบงานและกระบวนการทำงานในการคัดเลือกผู้ดำเนินการกระบวนการทำงาน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อกำหนดที่สำคัญในการคัดเลือกผู้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) กระบวนการทำงานนั้นตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ มากน้อยเพียงใด
- 2) กระบวนการทำงานนั้นต้องใช้สมรรถนะหลักของสถาบันฯ คือ 1. นักวิจัยระดับแนวหน้าของประเทศ

2. ระบบสนับสนุนการวิจัยระดับแนวหน้าของโลกมากน้อยเพียงใด

3) ผู้ส่งมอบ พันธมิตร หรือผู้ส่งมอบ มีศักยภาพเพียงพอที่จะดำเนินกระบวนการทำงานนั้นแทนสถาบันฯ ได้หรือไม่

4) สถาบันฯ มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของผู้ส่งมอบ พันธมิตร หรือผู้ส่งมอบได้หรือไม่

5) การให้ผู้อื่นดำเนินการแทนจะช่วยให้สถาบันฯ ประหยัดทรัพยากร งบประมาณ และเวลามากน้อยเพียงใด

2. คัดเลือกกระบวนการทำงานให้บุคลากรสถาบันฯ เป็นผู้ดำเนินการเอง จากข้อกำหนดในข้อ 1 ดังนี้

1) กระบวนการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ/พื้นที่ในการทำวิจัย การแสวงหาแหล่งทุนวิจัย การดำเนินการวิจัย การเผยแพร่ผลงานวิจัย การรับนักศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล (รูปที่ 6.1-1 หมวดที่ 6)

2) กระบวนการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนการวิจัยทั้ง 8 ด้าน การสนับสนุนด้านการจัดการเรียนการสอน การบริหารงานวิจัย ด้านบัญชีและพัสดุ ด้านทรัพยากรบุคคล และด้านการจัดการสารสนเทศ (รูปที่ 6.1-3 หมวดที่ 6) (รูปที่ 7.1-20)

3. คัดเลือกกระบวนการทำงานให้ผู้ส่งมอบ พันธมิตร หรือผู้ให้ความร่วมมือเป็นผู้ดำเนินการแทน ดังนี้

- กระบวนการสืบค้นและเขียนคำขอสิทธิบัตร ใช้บริการของบริษัท AKIP ที่มีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานที่คุ้มค่ากว่า ส่งผลให้สถาบันมีผลงานการยื่นจดแจ้งขออนุสิทธิบัตร/สิทธิบัตร เพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 7.1-9)

- กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีการวิจัย ใช้บริการของบริษัท PPD ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ (รูปที่ 7.4-15)

- กระบวนการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น งานซ่อมบำรุงเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ งานทำความสะอาด งานกำจัดสารเคมีใช้แล้ว งานกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นต้น (รูปที่ 7.3-17 และ 7.4-26)

4. ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการทำงาน ทั้งที่สถาบันฯ ดำเนินการเองและมอบหมายให้ผู้อื่นดำเนินการแทน (รายละเอียดในหัวข้อ 6.1ข., 6.1ค., 6.1ง. และ 6.2ก. หมวดที่ 6) รวมทั้งการปรับปรุงระบบ

รูปที่ 2.1-4 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พ.ศ. 2564-2568)



วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objective)	SC	SA	C C	ผลลัพธ์สำคัญและค่าคาดการณ์เมื่อสิ้นสุดปี 2568 (RIHES OKRs)	แผนงานริเริ่มสำคัญ (Initiatives)
[SO1] New Research Directions สร้างงานวิจัยทิศทางใหม่ (Product)	1 2	1 2	1	[OKR1.1] จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน 4 ด้าน ไม่ต่ำกว่า 30 เรื่องต่อปี และเพิ่มขึ้นปีละไม่ต่ำกว่า 10% (7.1-5 – 7.1-6) [OKR1.2] ได้รับทุนวิจัยจากต่างประเทศไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาทต่อปี (7.5-3) [OKR1.3] ได้รับทุนวิจัยจากในประเทศไม่ต่ำกว่า 50 ล้านบาทต่อปี (7.5-4)	- Seeding funds for new research trends - New research teams - Innovation boots up
[SO2] Efficiency Improvement เพิ่มประสิทธิภาพ งานวิจัย (Process)	1	3 4	1	[OKR2.1] จำนวนผลงานตีพิมพ์ ไม่ต่ำกว่า 30 เรื่องต่อปี และเพิ่มขึ้นปีละไม่ต่ำกว่า 10% (7.1-5 – 7.1-6) [OKR2.2] ผ่านการประเมินหน่วยวิจัยทางคลินิกในเครือข่ายวิจัย HIV นานาชาติทุกปี (7.1-9) [OKR2.3] ได้รับทุนวิจัยจากต่างประเทศไม่ต่ำกว่า 120 ล้านบาทต่อปี (7.5-3)	- RIHES Clinic operation - Effective CTU
[SO3] Workforce Development พัฒนาขีดความสามารถ ของบุคลากร (People)	3	5	1 2	[OKR3.1] มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติในฐานข้อมูล Scopus ระดับ Q1 มากกว่า 60% (7.1-7) [OKR3.2] นักศึกษามีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติในฐานข้อมูล Scopus ระดับ Q1+Q2 มากกว่า 50% (เริ่มใช้ ปี 2567) [OKR3.3] พัฒนาระบบการทำงานหลักให้เป็นระบบ digital (7.1-21)	- Seeding funds for new staff - High-Performance Researcher program - Graduate research fund - Digital transformation - Learning portal
[SO4] Excellent Management บริหารองค์กรสู่ความเป็น เลิศ (Process)	5	5	2	[OKR4.1] ผ่านการประเมิน TQC/EdPEX300 (เริ่มใช้ ปี 2567)	- TQC training program - Marketing research project
[SO5] Revenue Sustainability ก่อเกิดรายได้ที่ยั่งยืน (Finance and Marketing)	4	2	1 2	[OKR5.1] มีรายได้นอกเหนือจากทุนวิจัยไม่ต่ำกว่า 20 ล้านบาทต่อปี (7.5-6)	- Glycemic Index Center - Service Clinic - Postgraduate program

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ในการพิจารณาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ ผู้บริหารสถาบันฯ สร้างความสมดุลระหว่างความต้องการที่หลากหลายและสภาพการแข่งขันโดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้

- (1) การตอบสนองความท้าทายและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (รูปที่ P.2-3 หมวดโครงสร้างองค์กร)
- (2) โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่เป็นความเสี่ยงที่นำลงทุน (รูปที่ 2.1-2)
- (3) สมรรถนะหลักของสถาบัน (รูปที่ P.1-1 หมวดโครงสร้างองค์กร)
- (4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพการแข่งขันของสถาบันฯ ทั้ง Product, Process, People, Finance และ Marketing (รูปที่ P.2-1 หมวดโครงสร้างองค์กร)

เปิดโอกาสให้ผู้บริหารทุกหน่วยงานอภิปรายและแสดงความคิดเห็นผ่านการประชุมของคณะกรรมการบริหารประจำเดือนและการประชุมทุก 3 เดือนของผู้บริหารกับบุคลากรทุกกลุ่ม (รูปที่ 1.1-2 หมวดที่ 1) จากนั้นจึงนำมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 5 ด้านในระยะเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2564-2568) ภายใต้ตัวย่อที่ใช้ในการสื่อสารภายในองค์กรว่า “NEWER” พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดสำคัญและเป้าหมายเพื่อใช้ติดตามและวัดความสำเร็จของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-4)

2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) แผนปฏิบัติการ

ผู้บริหารสถาบันฯ จัดทำแผนปฏิบัติการตามระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 7-9 ของกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-1) โดยมีรายละเอียดของแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตัวชี้วัดที่สำคัญ เป้าหมาย และผู้รับผิดชอบแสดงในรูปที่ 2.2-1

รูปที่ 2.2-1 แผนปฏิบัติการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (2565-2568)

แผนปฏิบัติการที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญของแผนปฏิบัติการ	ค่าเป้าหมาย/ค่าคาดการณ์				ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	
		65	66	67	68			
SO1								
2565 - ปรับปรุงระเบียบการอุดหนุนผลงานนวัตกรรม และการใช้ประโยชน์งานวิจัย (2565) - ปรับสัดส่วนการส่งมอบผลงานด้านนวัตกรรมและการใช้ประโยชน์ 2566-2567 - ทุนริเริ่มการวิจัยในด้าน NCDs, EIDs, EH และ BI - โครงการบ่มเพาะนวัตกรรม (Innovator Incubation program) - ระบบสนับสนุนการจัดสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร - Active recruitment ใน ด้าน NCDs, EIDs, EH และ BI 2568 - ผลักดันงานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่งานวิจัยขั้นแนวหน้าในด้าน NCDs, EIDs, EH และ BI - รวบรวมและแปลงผลงานวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์	- จำนวนโครงการวิจัย (ด้าน NCDs)	6	8	9	10	รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัย	7.1-3	
	- จำนวนโครงการวิจัย (ด้าน EIDs)	3	3	4	4		7.1-3	
	- จำนวนโครงการวิจัย (ด้าน EH)	10	10	12	12		7.1-3	
	- จำนวนโครงการวิจัย (ด้าน BI)	10	12	14	16		7.1-3	
	- จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS (ด้าน NCDs)	10	11	12	13		7.1-5	
	- จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS (ด้าน EIDs)	4	4	5	6		7.1-5	
	- จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS (ด้าน EH)	10	11	12	13		7.1-5	
	- จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS (ด้าน BI)	6	7	8	9		7.1-5	
	- จำนวนผลงานที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ตาม CMU-RL 4-7	2	3	3	4		7.1-9	
	- จำนวนผลงานที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ตาม CMU-RL 8-9	1	1	2	2		7.1-9	
	- จำนวนผลงานที่ยื่นจดแจ้งอนุสิทธิบัตร หรือ สิทธิบัตร	1	2	2	3		7.1-9	

แผนปฏิบัติการที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญของแผนปฏิบัติการ	ค่าเป้าหมาย/ค่าคาดการณ์				ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	
		65	66	67	68			
2565-2567 - พัฒนาลิขสิทธิ์งานวิจัยแบบสหวิทยาการ และมีเครือข่ายจากสถาบัน (ทั้งในและนอกประเทศ) - เพิ่มการสร้างเครือข่ายการทำงานวิจัยกับเอกชน 2568 - ส่งเสริมงานวิจัยที่ทำงานกับต่างประเทศ	- จำนวนทุนสนับสนุนการวิจัย (ด้าน NCDs)	5	8	10	15		7.5-4	
	- จำนวนทุนสนับสนุนการวิจัย (ด้าน EIDs)	1	2	4	5		7.5-4	
	- จำนวนทุนสนับสนุนการวิจัย (ด้าน EH)	8	10	12	15		7.5-4	
		10	15	20	25			
	- จำนวนทุนสนับสนุนการวิจัย (ด้าน BI)						7.5-4	
SO2								
2565-2566 พัฒนา Ecosystem ที่ส่งเสริมการผลิตผลงานวิจัยคุณภาพสูง 2567-2568 พัฒนาระบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรวิจัยระดับโลก	- จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS ทั้งหมด	60	65	70	75	รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัย	7.1-4	
	- ร้อยละของข้อเสนอโครงการที่ได้รับทุน (%)	>80	>80	>80	>80		7.1-13	
	- อัตราส่วนของผลงานตีพิมพ์ต่อโครงการวิจัย	>0.6	>0.7	>0.75	>0.8		7.1-15	
		6	7	75				
	- ร้อยละของผลงานวิจัยที่เผยแพร่ใน SCOPUS Q1 (%)	45	50	55	60		7.1-16	
	- จำนวนการอ้างอิงผลงานวิจัย (Citation)	>2k	>2,000	>2,000	>2,000		7.1-8	
	2565-2568 ปรับปรุงผลการประเมินตามตัวชี้วัดของ NIH	- ร้อยละตัวชี้วัดของ NIH ที่ผ่านเกณฑ์ (%)	>90	>90	>90		>90	7.1-19
	2565-2566 ปรับปรุงระบบและกลไกการตรวจสอบและกลั่นกรองเอกสารขอจริยธรรม	- ระยะเวลาเฉลี่ยในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (วัน)	<60	<60	<45		<45	7.1-22
	2567-2568 พัฒนาระบบบริหารจัดการผลการประเมิน							
	2565-2566 ปรับปรุงประสิทธิภาพการหาและรับอาสาสมัครที่เข้าโครงการ NIH	- จำนวนเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจาก NIH (ล้านบาท/ปี)	>75	>80	>90		>100	7.5-8
2567-2568 - ลดเวลาการออกไปรับรองผลจากห้องปฏิบัติการ - ลดเวลาการนำเข้ายามาทดสอบในโครงการ	- จำนวนเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจากบริษัทฯ (ล้านบาท/ปี)	>20	>25	>30	>30	7.5-5		
SO3								
2565-2566 - ส่งเสริมการทำงานวิจัยร่วมกันของนักวิจัยอาวุโสและนักวิจัยหน้าใหม่ - พัฒนา RIHES Learning portal สำหรับนักวิจัย 2567 ทุนริเริ่มการวิจัยสำหรับนักวิจัยรุ่นใหม่ 2568 พัฒนาระบบการจ้างงานนักวิจัยอาวุโสที่มีศักยภาพสูง	- จำนวนผลงานวิจัยตีพิมพ์ต่อนักวิจัย	2.5	2.7	3	>3	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	7.3-6	
	- จำนวนเงินทุนต่อนักวิจัย	>3	>4	>5	>5		7.3-5	
	- ร้อยละของนักวิจัยที่มีผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS Q1	>60	>65	>70	>75		7.3-7	
	- ร้อยละของนักวิจัยที่มีผลงานจดแจ้งอนุสิทธิบัตร หรือ สิทธิบัตร	>10	>15	>20	>25		7.3-9	
	- H-Index เฉลี่ยของนักวิจัยประจำสถาบัน	8	8.5	9	10		7.3-10	
	- ร้อยละของ First/Corresponding author (%)	34	36	38	40		7.3-8	
	2565 ทุนสนับสนุนการวิจัยของนักศึกษา 2566-2567 การเพิ่มแรงจูงใจสำหรับการตีพิมพ์ Q1/Q2 สำหรับนักศึกษา 2568 Student and Staff transfer /exchange	- จำนวนผลงานตีพิมพ์ของนักศึกษายู่ใน Q1/Q2 ของฐาน Scopus (%)	N.A.	N.A.	>40		>50	เริ่มปี 67
	2565 e-Research management system 2566 พัฒนาระบบให้รองรับต่อระบบ e-signature ของ มช. 2567-2568 - พัฒนาระบบ RIHES Learning Portal เพื่อการอบรม และติดตามผลการฝึกอบรม - พัฒนาระบบ Specimen Login System และ Repository ของสถาบัน	- ร้อยละของระบบงานสนับสนุนที่เป็นระบบ Digital (%)	20	40	60		80	7.1-21
	SO4							
2565 - KPI tracking	- ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติการ	>70	>80	>85	>90	รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัย	7.5-13	
	- ร้อยละความสำเร็จของ CMU OKRs (%)	>75	>75	>75	>75		7.4-14	

แผนปฏิบัติการที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญของแผนปฏิบัติการ	ค่าเป้าหมาย/ค่าคาดการณ์				ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
		65	66	67	68		
- Develop PMS 2566 Marketing and Positioning analysis 2567 ขอรับการประเมินตามเกณฑ์ TQA	- ร้อยละของหน่วยงานที่อยู่ในระบบ PMS (%) - ร้อยละของบุคลากรที่อยู่ในระบบ PMS (%)	50 20	75 40	100 60	100 80%		7.4-10 7.4-11
SO5							
2565-2566 พัฒนาคลินิกวิจัยเป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่สามารถบริการทางคลินิกได้ 2567-2568 เปิดบริการ PIMAN Clinic แห่งใหม่	- รายได้จากการบริการทางคลินิก (ล้านบาท/ปี)	>1	>2	>3	>4	รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาองค์กร	7.5-6
2565 - ขอรับรอง ISO15189 - ศูนย์บริการวิจัยและทดสอบทางโภชนาการ - COVID-19 Drive thru 2566 - ขอรับรอง ISO9001 - Glycemic Index Center 2567 ขอรับรอง ISO17025 2568 ขอรับรอง ISO26642:2010	- รายได้จากการบริการทางห้องปฏิบัติการ (ล้านบาท/ปี)	>5	>8	>10	>12		7.5-6
เปิดสอนหลักสูตรนานาชาติ ระดับบัณฑิตศึกษา	- รายได้จากการจัดการศึกษา (ล้านบาท/ปี)	>1	>2	>3	>4		7.5-6

(2) การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

หลังจากกำหนดแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว (รูปที่ 2.2-1) ผู้บริหารสถาบันฯ จะถ่ายทอดแผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายให้กับบุคลากรสถาบันฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ตามระยะที่ 4 ขั้นตอนที่ 10-12 ของกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-1) โดยใช้ช่องทางเดียวกับการถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยม (รูปที่ 1.1-2 หมวดที่ 1) และระบบการสื่อสารของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (รูปที่ 1.1-4 และ 1.1-5 หมวดที่ 1)

เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรสามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญและมีความยั่งยืน ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้ทุกหน่วยงานติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่สำคัญ และรายงานให้ผู้บริหารสถาบันฯ พิจารณาเป็นระยะ ๆ ตามรอบเวลาที่กำหนดไว้ในรูปที่ 4.1-1 หมวดที่ 4 จากนั้นจึงนำผลการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ ได้แก่ RIHES OKR, Departmental/Team OKR, และ Individual OKR ไปเชื่อมโยงกับระบบการจัดการผลการดำเนินการของบุคลากร (RIHES Performance Management System ในหมวดที่ 5) โดยนำผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวไปใช้ในการให้ความดีความชอบ การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการให้โอกาสพัฒนาแก่หน่วยงานและตัวบุคลากรเอง (รูปที่ 7.4-10 และ 7.4-11) โดยหากพบว่าผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าจะทำการวิเคราะห์หาสาเหตุ ปรับปรุงแผนปฏิบัติการ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของแผนปฏิบัติการนั้น ตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ และเมื่อครบ 12 เดือน รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาองค์กร และฝ่ายแผนและนโยบายจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจัดทำเป็นสารสนเทศเพื่อใช้ในการทบทวนหรือปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานในปีต่อไป (รูปที่ 7.5-14 และ 7.5-15)

(3) การจัดสรรทรัพยากร

เพื่อให้มั่นใจว่าทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ พร้อมใช้ในการสนับสนุนแผนปฏิบัติการจนประสบ

ความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์ในปัจจุบัน ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดแนวทางในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึง 1) การตอบสนองต่อเป้าหมายวิสัยทัศน์ 2) เป็นโอกาสเชิงกลยุทธ์ที่น่าลงทุน 3) การเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน 4) ให้มีทรัพยากรเพียงพอต่อการดำเนินงาน

ในด้านความมั่นคงทางการเงินของสถาบันฯ ผู้บริหารสถาบันฯ ร่วมกับเลขานุการสถาบันฯ และหัวหน้างานการเงินการคลังและพัสดุจะมีการประชุมการเงินเป็นประจำทุก 2 เดือน โดยวิเคราะห์ข้อมูลรายรับรายจ่าย การจำแนกประเภทของงบประมาณและรายได้จากช่องทางต่างๆ ผลการดำเนินงานด้านการเงินในระยะที่ผ่านมา รวมทั้งเงินรายได้สะสมซึ่งเป็นต้นทุนสำหรับการดำเนินการทั้งระยะสั้นและระยะยาว และเมื่อใกล้สิ้นปีงบประมาณจะจัดทำแผนการจัดการงบประมาณประจำปีเพื่อนำเสนอให้ผู้บริหารสถาบันฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(4) แผนด้านบุคลากร

สถาบันฯ มีการจัดทำแผนด้านอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากรดังรายละเอียดในหัวข้อ 5.1ก. หมวดที่ 5 โดยแผนด้านบุคลากรที่สำคัญที่สนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ทั้ง 5 ข้อและแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นระยะยาวของสถาบันฯ ได้แก่

SO1 New Research Directions แผนพัฒนาขีดความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยในทิศทางใหม่ของสถาบันฯ ทั้ง 4 ด้านคือ NCDs, EH, BI และ EIDs เช่น การรับสมัครอาจารย์/นักวิจัยที่มีประสบการณ์ในการวิจัยทิศทางใหม่ของสถาบันฯ การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยทิศทางใหม่ของอาจารย์/นักวิจัยและฝ่ายสนับสนุน เป็นต้น

SO2 Efficiency Improvement แผนการอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการวิจัย เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์ในด้านการบริหารโครงการวิจัยและการสร้างเครือข่ายวิจัยข้ามสาขาให้กับนักวิจัยรุ่นใหม่ การอบรมในด้าน Growth mindset หรือการแนะนำเครื่องมือที่ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เป็นต้น

SO3 Workforce Development เช่น แผนการเปิดหลักสูตรนานาชาติระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อให้สถาบันฯ มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรสายวิชาการเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ในการเรียนการสอนและการวิจัยของนักศึกษาเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพมากขึ้น แผนการพัฒนาขีดความสามารถในด้าน Digital Transformation ของบุคลากรสายปฏิบัติการ เป็นต้น

SO4 Excellent Management แผนการพัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการของผู้บริหารสถาบันฯ และบุคลากรในหน่วยงานนโยบายและแผน การอบรมพัฒนาด้านการจัดการองค์กรคุณภาพ

SO5 Revenue Sustainability แผนการพัฒนาทักษะของบุคลากรให้รองรับการขยายงานวิจัยและบริการวิชาการที่ช่วยเพิ่มรายได้อื่น ๆ นอกเหนือจากทุนวิจัย เช่น การก่อตั้งศูนย์ Glycemic Index การปรับปรุงคลินิกพินานเพื่อรองรับการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

(5) ตัววัดผลการดำเนินการ

ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดตัวชี้วัดสำคัญในการติดตามความสำเร็จและประสิทธิผลของแผนปฏิบัติการดัง

แสดงในรูปที่ 2.2-1 และเพื่อให้ระบบการวัดผลโดยรวมของแผนปฏิบัติการสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินการของสถาบันฯ ตามตัววัดผล 3 ระดับคือ

1. RIHES OKR เป็นการติดตามผลการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดในระดับสถาบันฯ จำนวน 11 ตัวชี้วัด (รูปที่ 4.1-1 หมวดที่ 4)

2. Department/Team OKR เป็นการติดตามผลการดำเนินการของทุกหน่วยงานของสถาบันฯ

3. Individual OKR เป็นการติดตามผลการดำเนินการของบุคลากรสถาบันฯ เป็นรายบุคคล

ตัววัดผลทั้ง 3 ระดับมีความสอดคล้องกันและมีเป้าหมายในการตอบสนองต่อเป้าหมายวิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบ PMS ด้วย (รูปที่ 5.2.4) โดยผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้ผู้รับผิดชอบสรุปและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังกล่าวทุกไตรมาส เพื่อให้ผู้บริหารสถาบันฯ และหัวหน้าส่วนงานทราบผลการดำเนินงานอย่างเป็นปัจจุบัน มีการอภิปรายประเด็นต่างๆ ร่วมกัน เพื่อคาดการณ์ผลการดำเนินงานในอนาคต หากตัวชี้วัดใดมีแนวโน้มไม่บรรลุตามเป้าหมาย ก็จะมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนปฏิบัติการต่อไป

(6) การคาดการณ์ผลการดำเนินการ

ผู้บริหารสถาบันฯ คาดการณ์ผลการดำเนินการของตัวชี้วัดที่สำคัญตามแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้น (1 ปี) และระยะยาว (แผนกลยุทธ์ 4 ปี) ดังแสดงในรูปที่ 2.1-5 และ 2.2-1 มีการระบุเป้าหมายโดยใช้ข้อมูลและแนวทางการกำหนดค่าคาดการณ์จาก 1) ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 2) ความท้าทาย ความได้เปรียบ โอกาสเชิงกลยุทธ์ 3) สมรรถนะหลักของสถาบันฯ และ 4) ข้อมูลคู่เทียบในตัวชี้วัดที่สำคัญ ในกรณีที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุแล้วนำเข้าหารือในที่บริหาร เพื่อกำหนดแนวทางปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้น แล้วจึงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ หลังจากนั้นประเมินผลเพื่อพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนแผนและผลการดำเนินงานทุกไตรมาสเพื่อปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์โดยมุ่งเน้นตัวชี้วัดสำคัญและผลการดำเนินการเทียบกับคู่เทียบ โดยในปี 2564 อัตราส่วนของผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัยของสถาบันฯ มีค่าสูงเกินเป้าหมายมาก (รูปที่ 7.3-6) แต่จำนวนผลงานเชิงนวัตกรรมและการนำไปใช้ประโยชน์มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดการณ์ (รูปที่ 7.3-9) ดังนั้นในปี 2565 จึงมีการปรับเป้าหมายการทำงานรายบุคคลของนักวิจัย ให้สามารถนำผลงานเชิงนวัตกรรมหรือการใช้ประโยชน์แทนการตีพิมพ์ได้ 1 ผลงานจากผลงานที่ต้องส่งทั้งหมด 3 ผลงานต่อคนต่อปี พร้อมทั้งปรับกฎระเบียบในการสนับสนุนให้เกิดการทำงานวิจัยในเชิงนวัตกรรมเพิ่มสูงขึ้น สถาบันฯ คาดการณ์ว่า ตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นไป สถาบันฯ จะมีผลงานเชิงนวัตกรรมหรือการใช้ประโยชน์ใกล้เคียงกับเป้าหมายมากขึ้น (รูปที่ 7.1-9) โดยที่จำนวนผลงานตีพิมพ์ และอัตราส่วนของผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัยของสถาบันฯ ลดลงแต่ยังไม่ต่ำกว่าเป้าหมายที่สถาบันฯ กำหนด อีกทั้งในปี 2565 สถาบันฯ เริ่มเปิดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา ดังนั้นในปี 2566 เป็นต้นไป สถาบันฯ คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผลงานตีพิมพ์สูงขึ้น (รูปที่ 7.1-4) แต่สัดส่วนของผลงานเผยแพร่ใน Scopus Q1 อาจลดลง (รูปที่ 7.1-7) เพราะเกินความจำเป็นต่อการจบการศึกษาของนักศึกษา ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการ

ดำเนินงานของตัวชี้วัดสำคัญนี้ต่ำกว่าเป้าหมาย ในปี 2565 สถาบันฯ จึงจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นทุนอุดหนุนการวิจัยเพิ่มเติมสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อส่งเสริมและจูงใจให้นักศึกษาตีพิมพ์ผลงานในฐาน Q1 และ Q2 มากขึ้น

ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

ผู้บริหารสถาบันฯ มีกระบวนการปรับแผนปฏิบัติการในกรณีที่สถานการณ์บังคับและมีเหตุจำเป็นต้องปรับแผนปฏิบัติการดังนี้

(1) สามารถนัดประชุมผู้บริหารสถาบันฯ เป็นวาระพิเศษเร่งด่วนได้ โดยไม่ต้องครบองค์ประชุมและไม่ต้องรอให้ถึงวาระประชุมตามปกติ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเบื้องต้น

(2) ผู้บริหารที่รับผิดชอบสามารถกำหนดแผนปฏิบัติการใหม่และนำเสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารสถาบันฯ เพื่อขอคำแนะนำและอนุมัติให้ดำเนินการได้ทันที

(3) สถาบันฯ สามารถจัดสรรทรัพยากรจากงบประมาณที่กันไว้สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถนำแผนปฏิบัติการใหม่ไปปฏิบัติได้ทันที

(4) มีการชี้แจงทำความเข้าใจไปยังส่วนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน

ตัวอย่างการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ เช่น จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ต้องมีการปรับการทำงานเป็น work from home แต่เนื่องจากกระบวนการตรวจสอบการดำเนินการวิจัย (Audit) ยังคงต้องดำเนินการอยู่เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงมีการปรับเปลี่ยนมาใช้อudit แบบ Online โดยลงทุนจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพิ่มเติมเพื่อรองรับการดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้แม้จะอยู่ในช่วง COVID-19 แต่สถาบันฯ ก็สามารถผ่านเกณฑ์และได้รับการรับรอง ISO15189 ได้

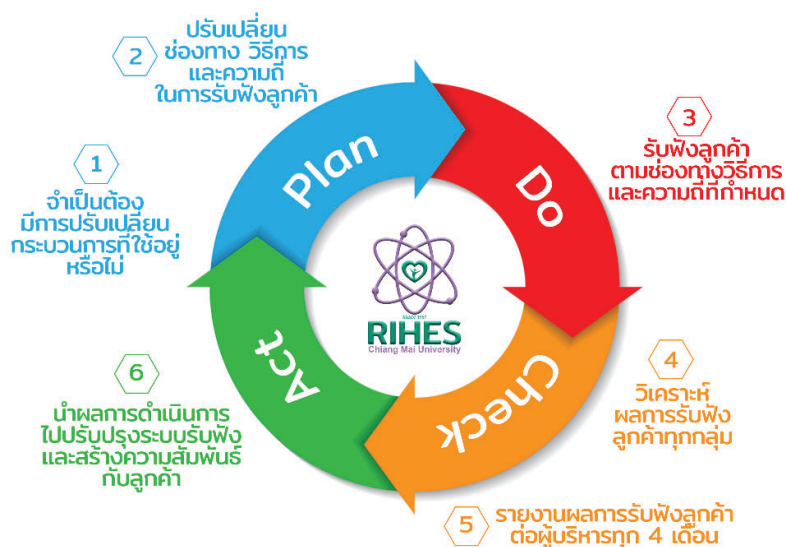
หมวด 3 ลูกค้ำ

3.1 ความคาดหวังของลูกค้ำ

ก. การรับฟังลูกค้ำ

(1) ลูกค้ำในปัจจุบัน และ (2) ลูกค้ำในอนาคต

ผู้บริหารสถาบันฯ เห็นความสำคัญของการดำเนินการที่เป็นเลิศโดยมุ่งเน้นลูกค้ำ จึงกำหนดให้ทีมรับฟังเสียงลูกค้ำ (Voice of Customers Team) หรือ ทีม VOC ซึ่งประกอบด้วยรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาองค์กร หัวหน้าทีม VOC บุคลากรจากศูนย์วิจัย สำนักวิชา สำนักงานสนับสนุนงานวิจัย และหน่วยบริหารงานวิจัย เป็นผู้รับผิดชอบระบบรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้ำ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Customer Listening and Relationship System) (รูปที่ 3.1-1) เพื่อรับฟังความต้องการและความคาดหวัง รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้ำหลักทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ แหล่งทุนและนักศึกษา (รูปที่ P.1-6 หมวดโครงสร้างองค์กร) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งที่เป็นลูกค้ำในปัจจุบันและลูกค้ำในอนาคต โดยใช้กระบวนการ P-D-C-A ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ทบทวนระบบการรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้ำที่ใช้ในปัจจุบัน



รูปที่ 3.1-1 ระบบรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า

และประเมินว่ามีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการต่าง ๆ หรือไม่ ปีละ 1 ครั้ง 2) ออกแบบ/ปรับเปลี่ยนช่องทาง วิธีการ และความถี่ในการรับฟังเสียงจากลูกค้า โดยจัดเตรียมช่องทางการรับฟังที่หลากหลาย ทั้งแบบทางตรงและไม่ทางตรง และมีช่วงเวลาที่เหมาะสมตามชนิดของสารสนเทศที่ต้องการ เพื่อรับฟังความต้องการและความคาดหวัง รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้าหลักทั้ง 2 กลุ่ม (รูปที่ 3.1-2 และ 3.1-3) 3) ดำเนินการตามวิธีการที่วางแผนไว้ เพื่อรวบรวมสารสนเทศที่เป็นเสียงจากลูกค้าทั้ง 2 กลุ่ม 4) วิเคราะห์ผลการรับฟังเสียงจากลูกค้าทั้ง 2 กลุ่ม 5) รายงานผลการรับฟังเสียงจากลูกค้าทั้ง 2 กลุ่ม ให้ผู้บริหารสถาบันฯ ทุก 4 เดือน โดยครอบคลุมสารสนเทศทั้ง 4 ด้านได้แก่ ความต้องการความคาดหวัง ความพึงพอใจไม่พึงพอใจ ความผูกพัน และข้อร้องเรียน เพื่อให้ผู้บริหารนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนการตลาด ปรับแผนกลยุทธ์ และถ่ายทอดลงไปสู่ระดับทีมวิจัยและหน่วยงานต่างๆเพื่อใช้ในการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้ตอบโจทย์ตามความต้องการของลูกค้าและพัฒนากระบวนการทำงาน และ 6) ทบทวนและปรับปรุงระบบรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า โดยผู้บริหารสถาบันฯ ร่วมกับทีม VOC นำผลที่ได้ไปพัฒนา ปรับปรุงช่องทาง วิธีการ และความถี่ในการรับฟังลูกค้า ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยมีรอบการดำเนินงานปีละ 1 ครั้ง

การรับฟังเสียงจากลูกค้าเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางรับฟังตามปกติ (รูปที่ 3.1-2) ระหว่างการทำงานหรือการติดต่อสื่อสารตามปกติระหว่างสถาบันและลูกค้า และอาจรวมถึงการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้าในอนาคตผ่านช่องทางนี้ด้วย ผู้บริหารสถาบันฯ ให้ความสำคัญกับการที่ทีมวิจัยหรือหน่วยงานต่าง ๆ จะมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับลูกค้าอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถสังเกตเห็นความต้องการของลูกค้าและสามารถตอบสนองโดยตรง หรือรายงานต่อ VOC และต่อกรรมการบริหารสถาบันฯ ได้อย่างรวดเร็ว

รูปที่ 3.1-2 ช่องทางตามปกติในการรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้าทั้งปัจจุบันและอนาคต

ช่องทาง/วิธีการ	ความถี่	ลูกค้าปัจจุบัน	ลูกค้าในอนาคต	สารสนเทศที่สำคัญ	ตัวอย่างการนำไปใช้
1. แหล่งทุนต่าง ๆ					
เว็บไซต์ของสถาบันฯ ศูนย์วิจัย สำนักวิชา และหน่วยงานอื่น ๆ	ตลอดเวลา	✓	✓	- ผลงานของสถาบันฯ - สมรรถนะหลัก ความชำนาญของสถาบัน ข้อมูลนักวิจัย/อาจารย์ - ช่องทางในการติดต่อ	- ลูกค้าในอนาคตสามารถติดต่อนักวิจัยและหน่วยงานได้โดยตรง - การประชาสัมพันธ์ผลงานที่โดดเด่นเพื่อสร้างชื่อเสียงให้กับสถาบันฯ
เว็บไซต์ของแหล่งทุนและประกาศต่างๆจากแหล่งทุน	ตลอดเวลา	✓	✓	- ทิศทางการวิจัย กรอบการวิจัยหรือผลิตภัณฑ์ที่ต้องการ - ระเบียบ ข้อกำหนด เกณฑ์ของทุนวิจัย	- นำไปปรับแผนกลยุทธ์ และการออกแบบงานวิจัย/ผลิตภัณฑ์วิจัยเพื่อรองรับทิศทางของทุนวิจัย
Personal email	ตลอดเวลา	✓	✓	- การติดต่อระหว่างลูกค้ากับนักวิจัย/อาจารย์/บุคลากรในหน่วยงาน	- สร้างความสัมพันธ์และตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของลูกค้า
VOC team email	ตลอดเวลา	✓	-	- รับฟังความคิดเห็น ความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจของลูกค้า	- รายงานผู้บริหารสถาบันฯ ทุก 4 เดือนเพื่อการปรับแผนกลยุทธ์
การเยี่ยมชมสถาบัน	ตามความต้องการ	✓	✓	การแนะนำสถาบันฯ ทีมวิจัย และ Facility ต่าง ๆ ของสถาบันฯ	สร้างความประทับใจในการเยี่ยมชม ทำให้มีโอกาสที่ลูกค้าจะติดต่อกลับมาเพื่อเสนอทุนวิจัย/เข้าเรียน
Annual meeting ของแหล่งทุน	ปีละ 1 ครั้ง	✓	✓	ทิศทางการให้ทุนวิจัย	นำไปปรับแผนกลยุทธ์ และการออกแบบงานวิจัย
				กฎเกณฑ์ของแหล่งทุนที่มีการปรับเปลี่ยน	นำไปปรับการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยน
				การมอบรางวัลแก่ทีมวิจัยหรือหน่วยงานที่แหล่งทุนเห็นว่ามียุทธศาสตร์โดดเด่น	เป็นตัวอย่างในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นลูกค้า
Debrief meeting	ตามที่คุณตรวจสอบกำหนด	✓	-	ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของแหล่งทุน	นำไปปรับปรุงการทำงานให้ได้มาตรฐานของแหล่งทุน
				รายงานที่คุณตรวจสอบนำเสนอแหล่งทุน	นำไปปรับปรุงการทำงานของทีมวิจัยและหน่วยงาน
Annual performance report	ปีละ 1 ครั้ง	✓	-	ผลการดำเนินการโครงการวิจัยเทียบกับหน่วยวิจัยอื่น	นำไปปรับปรุงการทำงานของทีมวิจัยและหน่วยงาน
				ความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของสถาบันด้านต่างๆ	- ความไม่พึงพอใจ: นำไปปรับปรุงการทำงานของทีมงานวิจัยและหน่วยงาน - ความพึงพอใจ: นำไปเป็นตัวอย่างในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นลูกค้าให้กับหน่วยงานอื่น
ผลการประเมินและตรวจรับรายงานวิจัย	เมื่อจบโครงการ	✓	-	ผลการประเมินรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์	นำไปพัฒนาการเขียนรายงานวิจัยของนักวิจัย
แบบสอบถามความคิดเห็นต่อผลงานวิจัย	เมื่อจบโครงการ	✓	-	- ความคิดเห็นของแหล่งทุนต่อการดำเนินงานวิจัยและผลงานวิจัย - ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อผลงานวิจัย	นำไปปรับปรุงการทำงานของทีมวิจัยและหน่วยงาน
แบบสอบถามความคิดเห็นของแหล่งทุน	ปีละ 1 ครั้ง	✓	-	ความคิดเห็นในด้านต่างๆเกี่ยวกับ 1. นักวิจัย 2. กระบวนการวิจัย 3.ระบบ	- ข้อเสนอแนะไปพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัย การปรับปรุงกระบวนการวิจัย

ช่องทาง/วิธีการ	ความถี่	ลูกค้าปัจจุบัน	ลูกค้าในอนาคต	สารสนเทศที่สำคัญ	ตัวอย่างการนำไปใช้
				สนับสนุนงานวิจัย 4. ผลงานวิจัย 5. ความพึงพอใจโดยรวม 6. ข้อเสนอแนะ	
2. นักศึกษา					
การเข้าพบอาจารย์โดยตรงหรือผ่านสื่อสังคมออนไลน์	ตลอดเวลา	√	√	ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตและการศึกษา และข้อร้องเรียนต่างๆ	บรรเทาและแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิตและการเรียนให้แก่นักศึกษา
การประเมินการเรียนการสอน	รายภาคการศึกษา	√	-	ประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอน และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอน	ปรับปรุงการเรียนการสอน หลักสูตร
แบบสอบถามความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	ปีละ 1 ครั้ง	√	-	ข้อคิดเห็นต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	ข้อมูลแนวทางในการพัฒนาสำนักวิชา/หลักสูตร เพื่อนำไปปรับปรุงสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประชาชน อาสาสมัคร ผู้ใช้บัณฑิต)					
Facebook, Line, e-mail, website, โทรศัพท์, หนังสือราชการ, การประชุม	ตลอดเวลา	-	-	ความต้องการ ความคาดหวัง ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน	ปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานของสถาบัน
โครงการความร่วมมือทางวิจัย/วิชาการ	ตลอดเวลา	-	-	ความต้องการ ความคาดหวัง ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน	ปรับปรุงการดำเนินการวิจัย
แบบสอบถามผู้ใช้บัณฑิต	ปีละ 1 ครั้ง	-	-	ข้อมูลประสิทธิภาพของบัณฑิต ข้อเสนอแนะในการผลิตบัณฑิต	ปรับปรุงกระบวนการผลิตบัณฑิต หลักสูตร

นอกจากช่องทางรับฟังตามปกติแล้ว ผู้บริหารสถาบันฯ ยังกำหนดให้มีช่องทางเชิงรุกในการรับฟังและการสร้างความสัมพันธ์กับแหล่งทุน (รูปที่ 3.1-3) ซึ่งจะดำเนินการเป็น 2 โครงการได้แก่ Customer analysis project เพื่อการรับฟังแหล่งทุนปัจจุบัน และโครงการ Market analysis project เพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงรุกและรับฟังแหล่งทุนที่พหิมโนอนาคต โดยทีม VOC ร่วมกับที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการตลาดเป็นผู้กำหนด ดำเนินโครงการและวิเคราะห์ผลร่วมกัน

รูปที่ 3.1-3 ช่องทางเชิงรุกในการรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับแหล่งทุนทั้งปัจจุบันและอนาคต

ช่องทาง	ความถี่	สารสนเทศที่สำคัญ
1. โครงการ Customer analysis project	ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน	ความคาดหวังและทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องกับแหล่งทุนปัจจุบันใน 5 ด้าน 1. การที่สถาบันเป็นที่รู้จักในกลุ่มลูกค้าปัจจุบัน (Awareness) การวิเคราะห์กลุ่มที่รู้จักสถาบัน ระดับการรู้จัก และประเด็นที่รู้จักสถาบัน 2. การรับรู้ของลูกค้าปัจจุบัน (Customer perception) ประกอบด้วย ความคิดเห็น ความเชื่อมั่น การยอมรับ ที่มีต่อการบริการและการทำงานของสถาบัน 3. ความต้องการของลูกค้าปัจจุบันในด้านบริการและการทำงานของสถาบัน (Customer needs and requirements) 4. ความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ใช้บริการและหุ้นส่วนการทำงานกับสถาบันฯ (Customer satisfaction & relationship) ที่มีต่อสถาบัน

		5. ความตั้งใจในการใช้บริการต่อไปในอนาคต (Purchase intention) และความตั้งใจในการมีส่วนร่วมกับสถาบันต่อไปในอนาคต (Engagement intention)
2. Market analysis project	ปี 2566	วางแผนเป็นระยะต่อจาก 1 เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพสนามแข่งขัน (Competitive landscape) ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนสถาบันฯ ได้แก่ (1) ด้านการพัฒนางานวิจัย (2) ด้านการใช้ผลงานวิจัย (3) ด้านการจัดโครงการ (4) ด้านการจัดการหลักสูตร (5) ด้านบริการฝึกอบรม และ (6) ด้านการตรวจวิเคราะห์
3. การจัดแสดงโครงการวิจัย ผลิตภัณฑ์วิจัยในงานต่างๆ	เมื่อมีการจัดงานหรือเวที สาธารณะ	ความคิดเห็นของคนทั่วไปต่อผลิตภัณฑ์วิจัย

ข. การจำแนกลูกค้าและผลิตภัณฑ์

(1) การจำแนกลูกค้า

เพื่อให้สถาบันฯ สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน ผู้บริหารสถาบันฯ ภายใต้อาณัติของ ทีม VOC มีกระบวนการจำแนกลูกค้าและส่วนตลาดดังนี้ 1) ทีม VOC รวบรวมสารสนเทศที่สำคัญเกี่ยวกับลูกค้า ได้แก่ แหล่งทุนวิจัยที่ให้ทุนวิจัยแก่สถาบันฯ ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา (ประเภทแหล่งทุน ขนาดทุน จำนวนครั้งที่ให้ทุน) และนักศึกษาที่เข้าเรียนที่สถาบันฯ (ที่ทำงาน การได้รับทุนการศึกษา) 2) วิเคราะห์และจำแนกกลุ่มลูกค้า โดยใช้สารสนเทศที่ได้จากการรับฟังลูกค้า (รูปที่ 3.1-2 และ 3.1-3) จัดลำดับความสำคัญของลูกค้าและส่วนตลาดที่มีผลต่อการก้าวกระโดดของสถาบันฯ และจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารสถาบันฯ 3) ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ข้อมูลการจำแนกลูกค้าในการวางแผนกลยุทธ์ กำหนดทิศทางและหัวข้อวิจัยที่จะตอบสนองต่อความต้องการของตลาดที่เป็นเป้าหมาย วางแผนพัฒนาระบบงาน และจัดสรรกำลังคน 4) ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ให้แก่ทีมวิจัย สำนักวิชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) ออกแบบโครงการวิจัย/ผลิตภัณฑ์วิจัย/ผลงานนวัตกรรม/หลักสูตรที่เป็นที่ต้องการของลูกค้า โดยทีมวิจัย สำนักวิชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) ทีม VOC วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจของลูกค้า ต่อการทำงานและผลงานของสถาบันฯ และ 7) นำข้อมูลไปทบทวนและปรับปรุงกระบวนการจำแนกลูกค้า เป็นประจำทุกปี

(2) ผลิตภัณฑ์

ในการกำหนดผลิตภัณฑ์ของสถาบันฯ ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้กระบวนการดังต่อไปนี้ 1) ทบทวนและประเมินผลิตภัณฑ์ของสถาบันฯ ที่ส่งมอบให้กับลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ โดยอาศัยคุณสมบัติที่สำคัญคือ สอดคล้องกับทิศทางและกลยุทธ์ของสถาบันฯ เพิ่ม KPI ให้กับสถาบันฯ ใช้สมรรถนะหลักของสถาบันฯ สามารถนำไปต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้ และตอบสนองเกินความคาดหวังของลูกค้า 2) วิเคราะห์ว่าผลิตภัณฑ์ของสถาบันฯ ที่มีอยู่ยังสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ ได้ดีหรือไม่ โดยใช้สารสนเทศที่ได้จากการรับฟังลูกค้า (รูปที่ 3.1-2 และ 3.1-3) และมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมหรือจำเป็นต้องออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่เพิ่มเติมหรือไม่ 3) ทดสอบผลิตภัณฑ์ใหม่ 4) วิเคราะห์และประเมินว่าผลิตภัณฑ์ที่ปรับปรุงหรือผลิตภัณฑ์ใหม่มีคุณสมบัติที่ดีกว่าเดิมหรือไม่ และ 5) นำข้อมูลไปทบทวนและปรับปรุงกระบวนการกำหนดผลิตภัณฑ์เป็นประจำทุกปี

ในปี พ.ศ. 2565 สถาบันฯ มีการจัดตั้งศูนย์ Glycemic Index Center ของสถาบันฯ ได้ใช้กระบวนการ

กำหนดผลิตภัณฑ์ใหม่ดังกล่าว โดยจากการทบทวนและประเมินผลิตภัณฑ์ของสถาบันฯ และจากการรับฟังลูกค้าในภาคอุตสาหกรรมอาหาร พบว่าสถาบันฯ ยังขาดผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์และตอบสนองเกินความคาดหวังของลูกค้า นักวิจัยในหน่วยวิจัยโภชนาการจึงออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่ขึ้นคือ Glycemic Index Center ซึ่งมีคุณสมบัติครบทั้ง 5 ข้อคือ 1) สอดคล้องกับทิศทางและกลยุทธ์ของสถาบันฯ คือ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ 1 การสร้างงานวิจัยทิศทางใหม่ ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 2) สามารถเพิ่ม KPI ของสถาบันฯ ในด้านการสร้างงานวิจัยเชิงนวัตกรรม 3) ใช้สมรรถนะหลักของสถาบันคือนักวิจัยและหน่วยสนับสนุนการวิจัยที่มีคุณภาพในระดับสากล 4) สามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ได้ และ 5) ตอบสนองเกินความคาดหวังของลูกค้าเนื่องจากยังไม่มีศูนย์ดังกล่าวที่ได้มาตรฐาน ISO ในประเทศไทยเลย และหากดำเนินการสำเร็จก็จะเป็นเพียง 1 ใน 8 แห่งของโลกที่สามารถออกตราสัญลักษณ์รับรองค่า GI ได้ ดังนั้นสถาบันฯ จึงนำเสนอแผนการก่อตั้ง Glycemic Index Center และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงอุดมศึกษา การวิจัย และนวัตกรรมภายใต้โครงการ Reinventing CMU ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในระหว่างการก่อสร้างศูนย์ดังกล่าว คาดว่าจะแล้วเสร็จในปี 2566 และได้ทำการทดสอบผลิตภัณฑ์ใหม่นี้ต่อไป

3.2 ความผูกพันของลูกค้า

ก. ประสบการณ์ของลูกค้า

(1) การจัดการความสัมพันธ์

ในการจัดการความสัมพันธ์ของลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ ทีมรับฟังเสียงลูกค้า (VOC Team) ใช้ระบบรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Customer Listening and Relationship System) ดังรายละเอียดในหัวข้อที่ 3.1ก.(1) โดยมีการจัดการความสัมพันธ์กับแหล่งทุนต่าง ๆ ตามวงจรชีวิตของลูกค้า ดังแสดงในรูปที่ 3.2-1

รูปที่ 3.2-1 การจัดการความสัมพันธ์กับแหล่งทุนต่าง ๆ

Customer Life Cycle	วิธีการสร้างความสัมพันธ์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์
แหล่งทุนที่สถาบันมุ่งหวัง หรือ แหล่งทุนใหม่ที่ติดต่อกับสถาบัน (Future/Potential Customer)	- นักวิจัยทำความรู้จักบุคลากรของแหล่งทุนผ่านการติดต่อทางอีเมล - นักวิจัยเข้าร่วมการสัมมนาของแหล่งทุน - ทีมวิจัยต้อนรับการเยี่ยมชม นำเสนอสมรรถนะหลักและผลงานที่ผ่านมาของสถาบัน งานวิจัยที่กำลังดำเนินอยู่ นำเสนอโอกาสในทำวิจัยร่วมกัน ของที่ระลึกในการเยี่ยมชม - สังเกตและรับฟังเสียงของผู้มาเยี่ยมชม - ตอบทุกคำถามจากแหล่งทุน	จำนวนแหล่งทุนรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี	7.5-11
แหล่งทุนรายใหม่ที่ให้ทุนวิจัยเป็นครั้งแรก New Customer	- First Impression ในการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ - การสื่อสารกับแหล่งทุนอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบทุกคำถามจากแหล่งทุนอย่างรวดเร็ว - Commitment ที่จะตอบสนองความต้องการและข้อกำหนดของแหล่งทุนให้ได้มากที่สุด	ความพึงพอใจในการทำงานของหน่วยวิจัยและหน่วยสนับสนุน	7.2-1

	- แก้ปัญหาต่างๆจนแหล่งทุนพอใจ		
แหล่งทุนปัจจุบัน (แต่ไม่ใช่รายใหม่) Current Customer	- รักษามาตรฐานในการดำเนินงานวิจัยของทุกทีมวิจัย - การสื่อสารกับแหล่งทุนอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบทุกคำถามจากแหล่งทุนอย่างรวดเร็ว - Commitment ที่จะตอบสนองความต้องการและข้อกำหนดของแหล่งทุนให้ได้มากที่สุด - แก้ปัญหาต่างๆจนแหล่งทุนพอใจ	ความพึงพอใจในการทำงานของหน่วยวิจัยและหน่วยสนับสนุน	7.2-1
แหล่งทุนเก่าแก่ (ให้ทุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 5 ปีขึ้นไป และบอกต่อ) Advocative Customer	- สนับสนุนให้นักวิจัยเข้าร่วมการประชุม สัมมนาที่จัดโดยแหล่งทุนอย่างสม่ำเสมอ - นักวิจัยหรือทีมเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยแหล่งทุน - ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่แหล่งทุนกำหนด	- จำนวนแหล่งทุนที่ให้ทุนต่อเนื่อง - ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัดสำคัญของ NIH CTU	7.2-6 7.1-19

(2) การเข้าถึงและการสนับสนุนลูกค้า

ทีมรับฟังเสียงลูกค้า (VOC Team) มีขั้นตอนในการให้การสนับสนุนลูกค้าดังนี้ 1) จำแนกลูกค้าเป็นกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้สามารถให้การสนับสนุนได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ 2) กำหนดแนวทาง/ช่องทางการสนับสนุนให้เหมาะสมกับลูกค้าแต่ละกลุ่ม (รูปที่ 3.2-2) โดยให้ตอบสนองตามความต้องการ 5 ด้านคือ การค้นหาข้อมูล การสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านธุรกรรม ด้านห้องปฏิบัติการ และการสะท้อนความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของสถาบันฯ 3) ดำเนินการตามแนวทาง/ช่องทางที่กำหนดไว้ 4) ประเมินทบทวนประสิทธิภาพของแต่ละแนวทาง/ช่องทาง และ 5) นำผลการประเมินมาปรับปรุงวิธีการสนับสนุนลูกค้าปีละ 1 ครั้ง

รูปที่ 3.2-2 การเข้าถึงและการสนับสนุนแหล่งทุนและนักศึกษา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

life cycle Needs	Methods	PC	CC	AC	PS	CS
ความต้องการในการค้นหาข้อมูล	- Website, social media	✓	✓	✓	✓	✓
	- Circular Announcement	✓	✓	✓	-	✓
	- Personal email	✓	✓	✓	✓	✓
	- Personal assistance เจ้าหน้าที่ช่วยประสานงานการทำธุรกรรม เอกสารวีซ่า ข้อมูลที่พัก ให้แก่นักศึกษาชาวไทยและชาวต่างชาติ	-	-	-	-	✓
	- Site visit	✓	-	-	-	✓
	- Meeting	✓	-	-	✓	-
การสนับสนุนด้านวิชาการ	- นักวิจัยของสถาบันเป็นวิทยากรบรรยายในงานประชุมวิชาการ	✓	✓	✓	✓	✓
	- สนับสนุนการเข้าร่วมประชุมวิชาการ	-	-	-	-	✓
	- การจัดสรรทุนสนับสนุนการวิจัยให้แก่ นักศึกษาในหลักสูตร	-	-	-	-	✓
ความต้องการด้านธุรกรรม	- มีเจ้าหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อ กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกรรม ของกลุ่มลูกค้า เช่น การส่งเอกสารต่างประเทศ งานธนาคาร งานประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ งานรายงานตัวนักศึกษา การติดต่อหาที่พัก/หอพัก ฯลฯ	-	-	-	-	✓

	- ทวนการศึกษา (รูปที่ 3.2-3)	-	-	-	-	✓
ความต้องการด้านห้องปฏิบัติการ	- ห้องปฏิบัติการทดสอบที่ได้มาตรฐาน และผ่านการตรวจสอบจากแหล่งทุนจากสหรัฐอเมริกา	-	✓	✓	-	✓
การสะท้อนความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของสถาบัน (Feedback) รวมถึง ความพึงพอใจไม่พึงพอใจ	- VOC email - แบบสอบถาม - โครงการสำรวจเชิงรุก	✓	✓	✓	-	✓

* PC = Potential Customer CC = Current Customer AC = Advocate Customer PS = Potential Student CS = Current

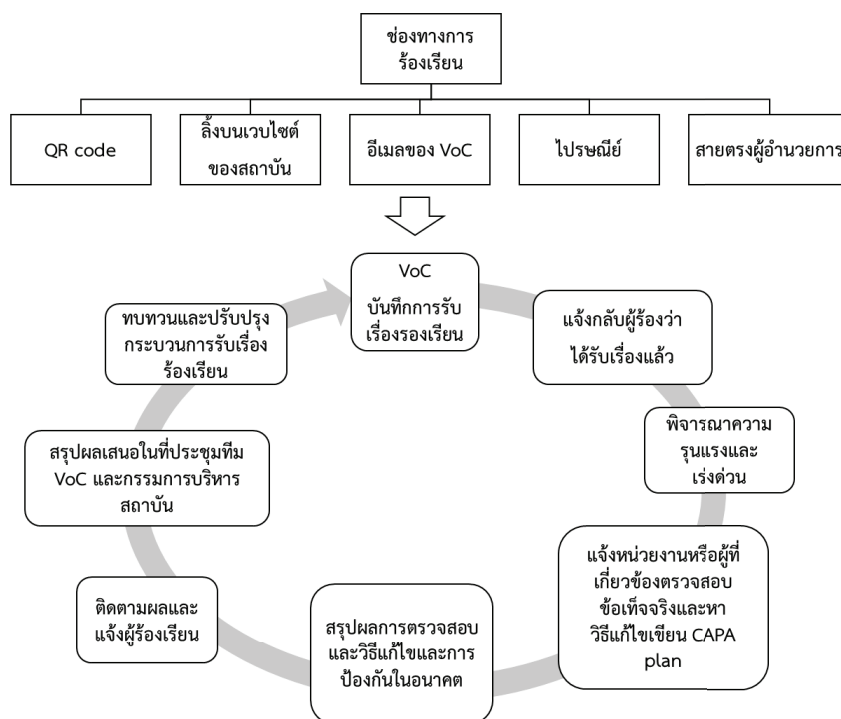
Student

รูปที่ 3.2-3 การเข้าถึงและการสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ทุนการศึกษา	การเข้าถึงและการสนับสนุนอื่นๆ
ทุนสนับสนุนค่าธรรมเนียมการศึกษา จำนวน 50% สำหรับบุคลากรของสถาบันฯ ที่จะเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร	- จัดทำ e-brochure และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ และช่องทางออนไลน์ ของสถาบันฯ และของสำนักวิชาฯ - ให้ข้อมูล และคำปรึกษา เกี่ยวกับขั้นตอนการสมัคร - ช่วยประสานงานด้านเอกสาร และรวบรวมเอกสารการสมัคร
ทุนสนับสนุนจากทางมหาวิทยาลัย 1) ทุน TA/RA 2) ทุน CMU Presidential Scholarship	- ประสานกับแหล่งทุน - ติดตาม กำกับ ดูแล นักศึกษาในโครงการทุนสนับสนุนที่ได้รับ ตลอดระยะเวลาการศึกษา ภายใต้งบเงินทุนและของหลักสูตรฯ
ทุนจากแหล่งทุนภายนอกมหาวิทยาลัย 1) ทุน TIPP จากกระทรวงการต่างประเทศ	

(3) การจัดการกับข้อร้องเรียน

ทีม VoC เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการใช้ระบบการจัดการข้อร้องเรียนของลูกค้า (รูปที่ 3.2-4) ในการ



รูปที่ 3.2-4 ระบบการจัดการข้อร้องเรียนของลูกค้า สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

จัดการกับข้อร้องเรียนของลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ และใช้ระบบสารสนเทศมาช่วยเพื่อให้สามารถจัดการกับข้อร้องเรียนได้อย่างเป็นระบบและทันต่อเหตุการณ์ ในทางกลับกันผู้บริหารสถาบันฯ จะให้การตอบสนองเชิงบวกสำหรับหน่วยงานที่สร้างความพึงพอใจที่เกินความคาดหมายให้แก่แหล่งทุน เพื่อเป็นตัวอย่างในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นลูกค้าให้กับหน่วยงานอื่น ข้อร้องเรียนจะถูกจำแนกตามระดับความเร่งด่วนเพื่อตอบสนองต่อข้อร้องเรียนได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ (รูปที่ 3.2-5) โดยแม้ในปี 2565 จะไม่พบว่ามีข้อร้องเรียนใดๆ (รูปที่ 7.2-5) แต่สถาบันโดยทีม VoC ก็ยังคงติดตามข้อมูลความไม่พึงพอใจจากการสอบถามลูกค้า ผู้ที่มาติดต่อ หรือใช้บริการหน่วยงานต่าง ๆ ของสถาบันฯ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีตอบสนองความต้องการของลูกค้าอยู่เสมอ

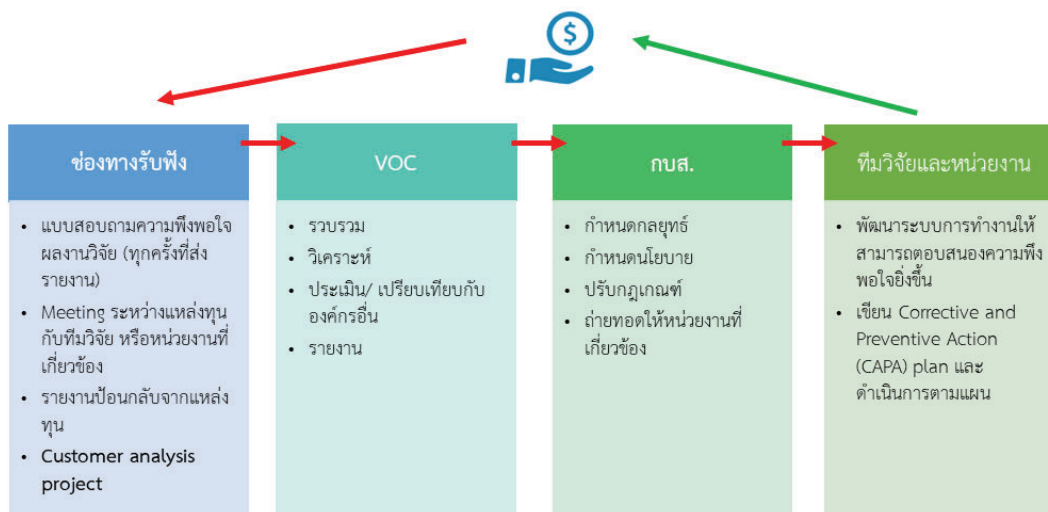
รูปที่ 3.2-5 ระดับความความเร่งด่วนของข้อร้องเรียน

ระดับ	เร่งด่วน	ไม่เร่งด่วน
ข้อร้องเรียนเล็ก ไม่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของสถาบันฯ	แจ้งหน่วยงาน ตอบสนองภายใน 48 ชม.	แจ้งหน่วยงานตอบสนองภายใน 7 วันทำการ
ข้อร้องเรียนใหญ่ ส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของสถาบัน	รายงานตรงถึงผู้บริหารสถาบันฯ ตอบสนองภายใน 48 ชม.	รายงานตรงถึงผู้บริหารสถาบันฯ ตอบสนองภายใน 7 วันทำการ

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของลูกค้า

(1) ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพัน

ผู้บริหารสถาบันฯ มอบหมายให้ทีมรับฟังเสียงลูกค้า (VOC Team) เป็นผู้รับผิดชอบ ระบบการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้า (RIHES Customer Satisfaction and Engagement Determination System) (รูปที่ 3.2-6) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดช่องทางและวิธีการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพันของแหล่งทุนและนักศึกษา 2) ดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพัน ของแหล่งทุนและนักศึกษาตามช่องทางและวิธีที่กำหนด 3) วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจ (รูปที่ 7.2-1 – 7.2-4) ไม่พึงพอใจ (รูปที่ 7.2-5) และความผูกพัน (รูปที่ 7.2-7- 7.2-



รูปที่ 3.2-6 ระบบการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพันของแหล่งทุน

8) ของแหล่งทุนและนักศึกษา และรายงานผลการประเมินต่อผู้บริหารสถาบันฯ ทุก 4 เดือน เพื่อให้ผู้บริหารนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนการตลาด ปรับแผนกลยุทธ์ และถ่ายทอดลงไปสู่ระดับทีมวิจัยและหน่วยงานต่างๆ เพื่อใช้ในการปรับปรุงโครงการวิจัยหรือผลิตภัณฑ์วิจัยให้สามารถสร้างความพึงพอใจและความผูกพันของแหล่งทุนต่าง ๆ และ 4) ทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพันของแหล่งทุนเป็นประจำทุกปี

(2) ความพึงพอใจเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น

สถาบันสามารถวิเคราะห์ความพึงพอใจของแหล่งทุนเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นได้จากช่องทางที่ระบุในรูป 3.2-6 โดยทีม VOC จะเป็นผู้รวบรวมสารสนเทศสำคัญต่างๆ ตามรูปที่ 3.2-7 เพื่อนำไปวิเคราะห์และสรุปรายงานส่งให้ผู้บริหารสถาบันฯ นำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาความสามารถนักวิจัยและทีม การตอบสนองเชิงบวกแก่หน่วยงานที่ได้รับรางวัลจากแหล่งทุนหรือทำได้เกินความคาดหวังของแหล่งทุน และนำไปปรับปรุงกระบวนการดำเนินการด้านต่างๆ ที่ได้รับการสะท้อนจากแหล่งทุน

รูปที่ 3.2-7 ช่องทางและสารสนเทศที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น

ช่องทาง	สารสนเทศที่สำคัญที่นำมาประเมิน
แบบสอบถามความพึงพอใจผลงานวิจัย (ทุกครั้งที่ส่งรายงาน)	- ความสามารถของทีมวิจัยของสถาบันเทียบกับทีมวิจัยขององค์กรอื่น - ความสามารถของทีมวิจัยในการเขียนรายงานวิจัยเทียบกับทีมวิจัยขององค์กรอื่น
Meeting ระหว่างแหล่งทุนกับทีมวิจัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- การให้รางวัลแก่ทีมวิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่าแหล่งทุนพึงพอใจในการทำงานของทีมวิจัยและหน่วยงานของสถาบันมากกว่าองค์กรอื่น
รายงานป้อนกลับจากแหล่งทุน	- การเปรียบเทียบให้เห็นคะแนนด้านการดำเนินการวิจัยด้านต่างๆ เทียบกับหน่วยวิจัยอื่น และการทำได้ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานของแหล่งทุน
Customer analysis project	- ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อ 4. ความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ใช้บริการและหุ้นส่วนการทำงานกับสถาบันฯ (Customer satisfaction & relationship) ที่มีต่อสถาบัน

ค. การใช้ข้อมูลเสียงของลูกค้าและตลาด

ระบบการใช้ข้อมูลเสียงของลูกค้าและตลาดมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) การรับฟังเสียงของลูกค้า ได้จากระบบรับฟังและสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า (รูปที่ 3.1-1) และการจำแนกและวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าและส่วนตลาด (รูปที่ P.1-6 หมวดโครงสร้างองค์กร) 2) นำผลการรับฟังเสียงลูกค้ามาใช้ในการวิเคราะห์และประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพันของแหล่งทุน (รูปที่ 3.2-6) รวมทั้งความพึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น (รูปที่ 3.2-7) 3) นำผลการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพันของแหล่งทุนมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการ/แนวทางการดำเนินการ 4) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดด้านลูกค้าที่กำหนดไว้ (รูปที่ 3.2-1) 5) ปรับปรุงวิธีการ/แนวทาง และรายงานผลการดำเนินการให้แก่ผู้บริหารสถาบันฯ ทุก 4 เดือน เพื่อให้ผู้บริหารนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนกลยุทธ์ต่อไป

หมวดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

ก. การวัดผลการดำเนินการ

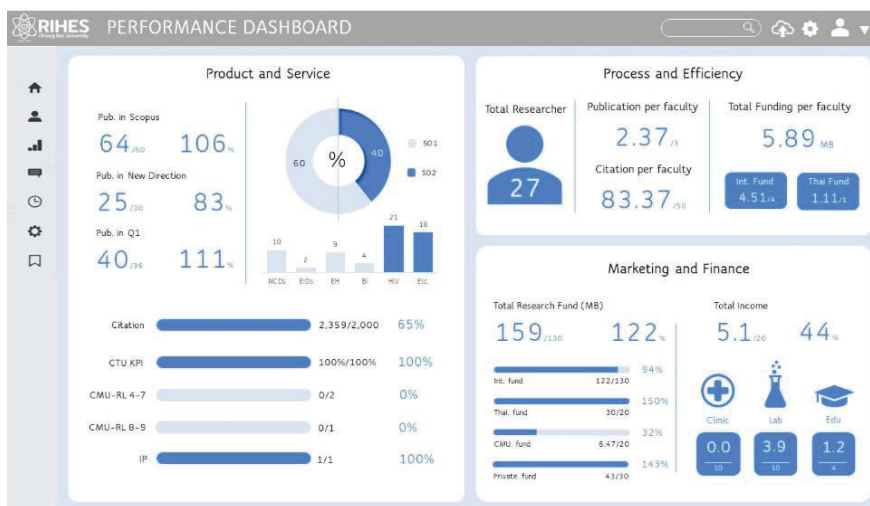
(1) ตัววัดผลการดำเนินการ

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการวัดผลการดำเนินการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (รูปที่ 4.1-1) ในการติดตามการปฏิบัติการประจำวันและผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) กำหนดกลุ่มผลลัพธ์หลักที่ใช้ในการติดตามการปฏิบัติการประจำวันและผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร 2)

รูปที่ 4.1-1 ระบบการวัดผลการดำเนินการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กลุ่มผลลัพธ์หลัก	ผู้รับผิดชอบ	ตัววัดผลการดำเนินการ	เป้าหมาย	ความถี่ในการติดตาม
ผลลัพธ์ด้าน ผลิตภัณฑ์และ บริการ	รองผู้อำนวยการด้าน วิชาการ และงาน บริหารงานวิจัยและ บริการวิชาการ	ผลงานวิจัยทั้งหมดในฐานข้อมูล SCOPUS	60 เรื่อง/ปี	ทุก 3 เดือน
		สัดส่วนผลงานวิจัยใน 4 หัวข้อมุ่งเน้นของสถาบันฯ	ไม่น้อยกว่า 50%	
		ผลงานวิจัยระดับ Q1 ในฐานข้อมูล SCOPUS	ไม่น้อยกว่า 60%	
		ผลงานวิจัยที่ได้รับการอ้างอิงในฐานข้อมูล SCOPUS	ไม่น้อยกว่า 2,000 ครั้ง ในช่วงเวลา 5 ปีล่าสุด	
		จำนวนผลงานวิจัยที่เป็นต้นแบบหรือถูกนำไปใช้ ประโยชน์ ที่อยู่ใน CMU-RL4-7	ไม่น้อยกว่า 2 ผลงาน/ปี	
		จำนวนสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร ที่ยื่นจด	ไม่น้อยกว่า 1 ผลงาน/ปี	
		จำนวนการให้บริการ IP หรือจำนวน Spin- off/Startup หรือผลงานที่เทียบเท่า CMU-RL8-9	ไม่น้อยกว่า 1 ผลงาน/ปี	
		เป็นหน่วยวิจัยทางคลินิกในเครือข่ายวิจัยด้านเอชไอวี นานาชาติอย่างต่อเนื่อง	ผ่านการประเมินทุกปี	ทุก 6 เดือน
ผลลัพธ์ด้าน ประสิทธิภาพของ การดำเนินการ	รองผู้อำนวยการด้าน บริหาร และงาน บริหารทั่วไป	ทุนวิจัยจากแหล่งทุนต่างประเทศต่อนักวิจัย/อาจารย์	4 ล้านบาท/คน/ปี	ทุก 3 เดือน
		ทุนวิจัยจากแหล่งทุนภายในประเทศต่อนักวิจัย/ อาจารย์	1 ล้านบาท/คน/ปี	
		ผลงานวิจัยทั้งหมดในฐานข้อมูล SCOPUS ต่อ นักวิจัย/อาจารย์	ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง/ คน/ปี	
		ผลงานวิจัยที่ได้รับการอ้างอิงในฐานข้อมูล SCOPUS ต่อนักวิจัย/อาจารย์	ไม่น้อยกว่า 50 ครั้งต่อ คนในช่วงเวลา 5 ปี ล่าสุด	
ผลลัพธ์ด้าน การเงินและตลาด	รองผู้อำนวยการด้าน พัฒนางานองค์กร และ งานนโยบายและแผน	ทุนวิจัยจากแหล่งทุนต่างประเทศ	130 ล้านบาท/ปี	ทุก 6 เดือน
		ทุนวิจัยจากแหล่งทุนภายในประเทศนอก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	20 ล้านบาท/ปี	
		ทุนวิจัยจากแหล่งทุนภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	20 ล้านบาท/ปี	
		รายได้จากภาคอุตสาหกรรมหรือชุมชนหรือผู้ใช้ ประโยชน์จริง	30 ล้านบาท/ปี	
		รายได้จากการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ	10 ล้านบาท/ปี	
		รายได้จากการให้บริการทางคลินิก	10 ล้านบาท/ปี	
		รายได้จากการจัดการศึกษา	4 ล้านบาท/ปี	

กำหนดตัววัดผลการดำเนินการของแต่ละกลุ่มผลลัพธ์หลัก 3) คาคการณ์และกำหนดเป้าหมายของตัววัดผลการดำเนินการของแต่ละกลุ่ม 4) กำหนดผู้รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกำหนดความถี่ในการติดตามผลการดำเนินการของแต่ละตัววัด 5) ใช้ ระบบสารสนเทศ RIHES Performance Dashboard (รูปที่ 4.1-2) ในการติดตามผลการดำเนินการ และนำผลการดำเนินการไปใช้ในการวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ รวมทั้งนำไปใช้ในวางแผนกลยุทธ์ของสถาบันฯ ต่อไป และ 6) ทบทวนและปรับปรุงตัววัดผลการดำเนินการและระบบการวัดผลดำเนินการปีละ 1 ครั้ง



รูปที่ 4.1-2 ระบบสารสนเทศ RIHES Performance Dashboard

(2) ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ

สถาบันฯ โดยรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาองค์กรและงานนโยบายและแผน ใช้ระบบการเปรียบเทียบผลการดำเนินการของสถาบันฯ (รูปที่ 4.1-3) ในการเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) เลือกประเด็นเปรียบเทียบจากตัวชี้วัดสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินการของสถาบันฯ (รูปที่ 4.1-1) เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบให้มีประสิทธิภาพ 2) กำหนดคู่เทียบโดยพิจารณา

รูปที่ 4.1-3 ระบบการเปรียบเทียบผลการดำเนินการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ประเด็นที่ต้องการเปรียบเทียบ	คู่เทียบ	แหล่งข้อมูล	ความถี่
ทุนวิจัยจากต่างประเทศ	1. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เอกสารแสดงผลประกอบการประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ	ทุก 6 เดือน
ทุนวิจัยจากในประเทศ	2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่		
	3. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล		
ผลงานวิจัยทั้งหมดของสถาบันฯ	1. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ฐานข้อมูล SCOPUS	ทุก 3 เดือน
ผลงานวิจัยระดับ Q1	2. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่		
ผลงานวิจัยที่ได้รับการอ้างอิง	3. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล		
	4. คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล		
ผลการประเมินให้เป็นหน่วยวิจัยทางคลินิกในเครือข่ายวิจัยด้านเอชไอวีนานาชาติ	หน่วยวิจัยทางคลินิกอื่น ๆ ในเครือข่ายวิจัยด้านเอชไอวีนานาชาติ	เอกสาร Site Performance Evaluation เครือข่ายวิจัยด้านเอชไอวีนานาชาติ	ทุก 6 เดือน

เลือกแข่งขันกับหน่วยงานที่มีพันธกิจในลักษณะเดียวกัน 3) รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ตามความถี่ที่กำหนดโดยผู้รับผิดชอบของแต่ละกลุ่มผลลัพธ์หลัก (รูปที่ 4.1-1) นำมาวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการเปรียบเทียบให้คณะกรรมการบริหารสถาบันฯ พิจารณา 4) คณะกรรมการบริหารสถาบันฯ พิจารณาหา Performance gap หากพบว่าข้อมูลที่ได้จากการเปรียบเทียบในตัวชี้วัดที่สำคัญนั้นมีผลต่อยกกว่าคู่เทียบ 5) ดำเนินการปิดช่องว่าง โดยปรับปรุงแผนปฏิบัติการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน หรือจัดโครงการพัฒนา และ 6) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการเมื่อเทียบกับคู่เทียบ และนำมาไปใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินการ ปรับปรุงระบบการเปรียบเทียบผลการดำเนินการ และนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ต่อไป

(3) ความคล่องตัวของการวัด

จากระบบการวัดผลการดำเนินการของสถาบันฯ ในรูปที่ 4.1-1 ซึ่งผู้บริหารสถาบันฯ ได้กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินการในแต่ละกลุ่มผลลัพธ์หลักที่ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ และกำหนดความถี่ในการติดตามผลการดำเนินการอย่างชัดเจน รวมทั้งการใช้ระบบสารสนเทศ RIHES KPI Dashboard (รูปที่ 4.1-2) ซึ่งมีการปรับข้อมูลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถนำไปวิเคราะห์ ประเมินผลการดำเนินการ และนำไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ อย่างไรก็ตามหากมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิดทั้งจากภายในองค์กร (เช่น การเกิดนวัตกรรมใหม่ ในระหว่างดำเนินการ การเกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ขึ้น เป็นต้น) หรือจากภายนอกองค์กร (เช่น การเปลี่ยนแปลงในด้านระเบียบข้อบังคับ การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ผลิตภัณฑ์ของคู่แข่ง เป็นต้น) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวของกระบวนการวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลการดำเนินการของสถาบันฯ ผู้บริหารสถาบันฯ จึงดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามข่าวสารจากภายนอกที่อาจส่งผลต่อการดำเนินการของสถาบันฯ อย่างใกล้ชิด เช่น งานบริหารงานวิจัยและบริการวิชาการติดตามประกาศการให้ทุนของแหล่งทุนต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ งานการเงินการคลังและพัสดุติดตามข่าวสารการเปลี่ยนแปลงด้านระเบียบข้อบังคับ งานลูกค้าสัมพันธ์ติดตามการร้องเรียนของลูกค้าและผลการดำเนินการขององค์กรคู่แข่ง เป็นต้น

2. เพิ่มช่องทางการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการเพื่อให้สามารถสื่อสารได้อย่างรวดเร็วและตลอดเวลา โดยใช้ช่องทาง social media ต่าง ๆ ได้แก่ LINE group, Facebook เป็นต้น มีการสร้าง LINE group ของผู้บริหารสถาบันฯ ศูนย์วิจัย/สำนักวิชา/สำนักงาน และหน่วยงานภายในของสถาบันฯ ทำให้แต่ละกลุ่มสามารถสื่อสารความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สามารถปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไขสถานการณ์ รวมทั้งสามารถนัดหมายประชุมได้ทันทีหากมีความจำเป็นเร่งด่วน

3. เพิ่มช่องทางการประชุมออนไลน์ผ่านระบบ Zoom หรือ Microsoft Team เพื่อให้สามารถเรียกประชุมเร่งด่วนได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องรอวาระการประชุมประจำเดือนตามปกติ และสามารถปรับเปลี่ยนความถี่ของการประชุมได้ตามความเหมาะสม

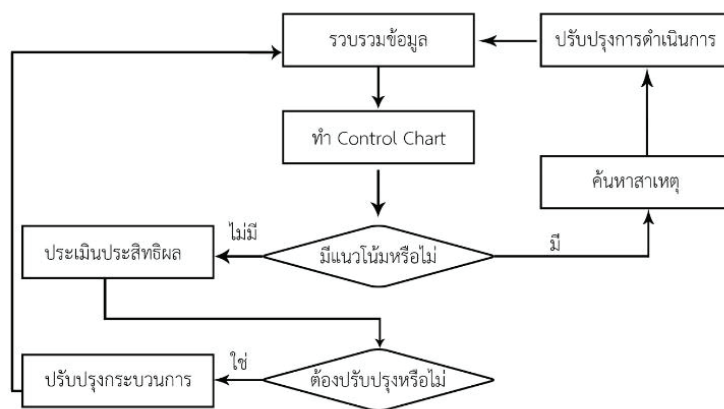
5. การใช้ระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และกระบวนการทำงานที่สำคัญแทนที่ระบบเดิมที่เป็นแบบ manual ทำให้สามารถติดตามผลการดำเนินงาน

ได้แบบ real time

6. เมื่อมีการตัดสินใจใด ๆ เกิดขึ้นจากการปรึกษาหารือทั้งจากช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้บริหารสถาบันฯ สามารถถ่ายทอดการตัดสินใจนั้นไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงแผนปฏิบัติการหรือกระบวนการทำงานไปสู่การปฏิบัติได้ทันทีโดยไม่ต้องรอการประชุมตามวาระปกติ

ข. การวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการ

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินการของสถาบันฯ (รูปที่ 4.1-4) ในการวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินการของสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้บริหารที่รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่สำคัญของแต่ละกลุ่มผลลัพธ์หลักของสถาบันฯ ที่ได้จากระบบการวัดผลการดำเนินการของสถาบันฯ (รูปที่ 4.1-1) และ ระบบสารสนเทศ RIHES Performance Dashboard (รูปที่ 4.1-2) 2) วิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการในทุกระดับของสถาบันฯ โดยมีผู้รับผิดชอบ ความถี่ และเนื้อหาในการวิเคราะห์และทบทวน (รูปที่ 4.1-5) 3) ใช้กระบวนการ P-D-C-A, การทำ Control Chart และ Gap analysis ในการวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการของแต่ละระดับ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของผลการดำเนินการตามช่วงเวลาและประเมินว่าผลการดำเนินการมีแนวโน้มแย่ลงหรือไม่เป็นไปตามเป้าที่วางไว้หรือไม่เพียงใด 4) วิเคราะห์ Root cause analysis เพื่อค้นหาสาเหตุ ถ้าผลการดำเนินการมีแนวโน้มแย่ลงหรือไม่เป็นไปตามเป้าที่วางไว้ และนำไปวางแผนปรับปรุงการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการภายหลังการแก้ไขแล้วต่อไป 5) วิเคราะห์ผลการดำเนินการตามตัววัดที่กำหนดไว้ ถ้าผลการดำเนินการไม่มีแนวโน้มแย่ลง 6) นำผลการดำเนินการไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และระบบการทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินการปีละ 1 ครั้ง



รูปที่ 4.1-4 ระบบการทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ค. การปรับปรุงผลการดำเนินการ

(1) ผลการดำเนินการในอนาคต

ในการวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสในการพัฒนาผลการดำเนินการ รวมทั้งคาดการณ์ผลการดำเนินงาน

รูปที่ 4.1-5 การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ระดับการทบทวนผลการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ความถี่	หัวข้อในการวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ	ผลลัพธ์
ระดับองค์กร	คณะกรรมการบริหารสถาบันฯ	ทุก 1 ปี	การวางแผนกลยุทธ์โดยใช้ข้อมูลผลการดำเนินการ ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ และข้อมูลด้านการตลาด	7.5-8 – 7.5-15
		ทุก 3 เดือน	ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการให้เป็นไปตาม OKR ของสถาบันฯ	7.1-1 – 7.1-12
		ทุก 3 เดือน	ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของการดำเนินการให้เป็นไปตาม OKR ของสถาบันฯ	7.1-13 – 7.1-28
		ทุก 3 เดือน	ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาดให้เป็นไปตาม OKR ของสถาบันฯ	7.5-1 – 7.5-13
ระดับหน่วยงาน	หัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรภายในหน่วยงาน	ทุก 1 เดือน	วิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการให้เป็นไปตาม OKR ของหน่วยงาน	7.4-16 7.5-14 – 7.5-15
		ทุก 3 เดือน	ผลการสำรวจความพึงพอใจและความผูกพันของลูกจ้างในหน่วยงาน	7.2-1 – 7.2-8
		ทุก 3 เดือน	ผลประกอบการของหน่วยงาน	7.5-7
		ทุก 3 เดือน	เครือข่ายอุปทานของหน่วยงาน	7.1-27 – 7.1-28
ระดับบุคคล	บุคลากรทุกคน	ทุก 1 เดือน	วิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการส่วนบุคคลให้เป็นไปตาม OKR ส่วนบุคคล	7.3-1 – 7.3-12

ของสถาบันฯ ในอนาคต ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การทบทวนผลการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ด้านต่าง ๆ ย้อนหลัง 3 ปี (รูปที่ 4.1.4 และ 4.1-5)
2. ผลการดำเนินการของสถาบันฯ เมื่อเทียบกับคู่เทียบ (รูปที่ 4.1-3)
3. ผลการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกจ้างและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (รายละเอียดใน 3.2 ข.)
4. แนวโน้มของสถานการณ์และทิศทางการวิจัยของโลก
5. ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

(2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ขั้นตอนที่ 4 ถึง 6 ของระบบการทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินการของสถาบันฯ (รูปที่ 4.1.4) ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้เพื่อให้มีการปรับปรุงการดำเนินงานและพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารสถาบันฯ ได้กำหนดให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. นำผลการดำเนินการและการปรับปรุงกระบวนการทำงานมาจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุง โดยกระบวนการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ของสถาบันฯ จะได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับต้นๆ
2. ให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานที่มีโอกาสในการสร้างนวัตกรรมเป็นพิเศษ ได้แก่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์เดิม การสร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ และการสร้างกระบวนการใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการพิจารณาให้การยกย่องและให้รางวัลบุคลากรหรือหน่วยงานที่มีการสร้างนวัตกรรมเพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินการ
3. ผู้บริหารที่รับผิดชอบหน่วยงานภายในของสถาบันฯ เป็นผู้ถ่ายทอดการจัดลำดับความสำคัญและ

โอกาสในการสร้างนวัตกรรมไปยังบุคลากรภายในหน่วยงาน ผู้ส่งมอบ พันธมิตร และความร่วมมือเพื่อให้มีความสอดคล้องในแนวทางเดียวกัน

4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้

ก. ข้อมูล และสารสนเทศ

(1) คุณภาพ

หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นผู้รับผิดชอบระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES Data and Information Management System) (รูปที่ 4.2-1) เพื่อให้มั่นใจคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่สำคัญที่จะจัดการ 2) กำหนดคุณลักษณะของข้อมูลและสารสนเทศที่มีคุณภาพ 3) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการทำให้ข้อมูลและสารสนเทศมีคุณภาพ 4) ดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด และ 5) ประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศเป็นประจำทุก 1 ปี (รูปที่ 7.1-25 และ 7.1-26)

รูปที่ 4.2-1 ระบบการจัดการคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ

คุณลักษณะที่ต้องการ	วิธีการ/แนวทางในการจัดการ
ความแม่นยำ	- นำใช้ระบบ Barcode/QR Code เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการนำเข้าข้อมูล - นำเข้าข้อมูลโดยบุคลากร 2 คน - ระบบการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลขณะนำเข้า - การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยหน่วยงานภายในและภายนอก
เป็นไปตามวัตถุประสงค์	- ผู้ใช้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการกำหนดเพื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์ - การกำหนดรูปแบบของข้อมูลที่ใช้ต้องการก่อนการนำเข้าข้อมูล
ความถูกต้องน่าเชื่อถือ	- การลบข้อมูลที่ล้าสมัยหรือไม่จำเป็น - การตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องโดยหน่วยงานภายในและภายนอก - การใช้เครื่องสำรองไฟฟ้าและปรับแรงดันไฟฟ้าอัตโนมัติ - การสำรองข้อมูลเป็นประจำ - การกู้คืนข้อมูลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
ความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน	- การนำเข้าข้อมูลได้สะดวก จากทุกสถานที่ และทำได้ตลอดเวลา เช่น การใช้ Mobile application การใช้ระบบเครือข่ายความเร็วสูง การใช้เครือข่ายไร้สาย - การปรับปรุง hardware และ software ให้ทันสมัยอยู่เสมอ
ความปลอดภัย	- การรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ (รายละเอียดอยู่ในหัวข้อ 6.2 หมวดที่ 6) - การใช้รหัสผ่านในการเข้าระบบ - ระบบเตือนการเปลี่ยนรหัสผ่าน - การจัดระดับผู้ใช้ในการเข้าและใช้ระบบ - การใช้ระบบเครือข่ายภายในเพื่อป้องกันการเข้าถึงจากภายนอก - การใช้ Firewall และ Antivirus - การใช้ระบบสแกนลายนิ้วมือเมื่อเข้าห้องเซิร์ฟเวอร์ - ห้องเก็บข้อมูลและสารสนเทศใช้ระบบการล็อกสองชั้น
การรักษาความลับ	- การจัดระดับผู้ใช้ในการเข้าถึงข้อมูลที่แตกต่างกัน - การจัดการข้อมูลในรูปแบบรหัส ไม่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นของผู้ใด ยกเว้นผู้มีสิทธิ์เข้าถึงเพื่อใช้ประโยชน์ - ระบบการรักษาความลับของผู้ใช้งาน

(2) ความพร้อมใช้งาน

ในการทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่สำคัญของสถาบันฯ มีความพร้อมในการใช้งานสำหรับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศของสถาบันฯ มีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ (รูปที่ 4.2-2) 1) กำหนดกลุ่มผู้ใช้ข้อมูลและสารสนเทศที่สำคัญ 2) ประเมินความต้องการในการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของผู้ใช้กลุ่มต่าง ๆ 3) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการทำให้ข้อมูลและสารสนเทศพร้อมใช้งานสำหรับผู้ใช้งานทุกกลุ่มอยู่เสมอ 4) ดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด และ 5) ประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศเป็นประจำทุก 1 ปี

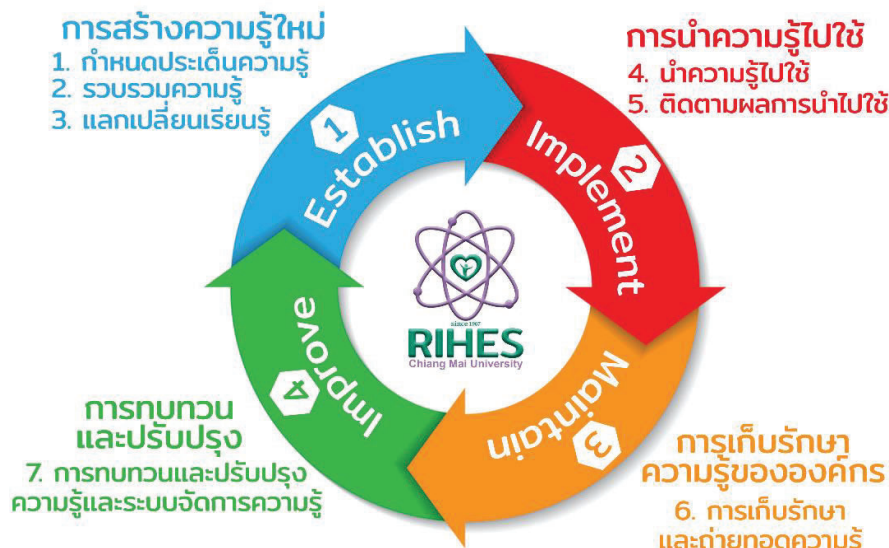
รูปที่ 4.2-2 ความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ

กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลและสารสนเทศ	ความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลและสารสนเทศ	วิธีการ/แนวทาง
บุคลากร	- ระบบบริหารบุคคล/เงินเดือน/สิทธิประโยชน์ - ระบบการปฏิบัติงานประจำวัน - ระบบการติดตามผลการเบิกจ่ายงบวิจัย - ระบบการติดตามผลการดำเนินการของสถาบันฯ - ระบบการจัดการความรู้ นวัตกรรม และวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ	- ระบบ CMU MIS ในการบริหารงานบุคคล/เงินเดือน/สิทธิประโยชน์โดยผ่านทาง website และ Mobile application - ระบบ RHES Works ในการปฏิบัติงานประจำวันผ่านทาง website และ Mobile application - ระบบการติดตามผลการเบิกจ่ายงบวิจัยผ่านทาง website และ Mobile application - ระบบการจัดการความรู้ นวัตกรรม และวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ผ่าน website และ Mobile application - การทำคู่มือการใช้งานระบบ - การอบรมวิธีการใช้งานระบบ - ระบบการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ใช้งานระบบ
ผู้ส่งมอบ/คู่ความร่วมมือ	- ระบบการเงินการคลังและพัสดุ	- ผ่านระบบ Intranet
ชุมชน	- การให้บริการทางวิชาการ	ผ่าน website ของศูนย์วิจัย
อาสาสมัคร	- โครงการวิจัยที่ต้องการรับอาสาสมัครเข้าร่วม	ผ่าน website ของศูนย์วิจัย
แหล่งทุนและลูกค้าอื่น ๆ	- รายชื่อและความเชี่ยวชาญของนักวิจัย/อาจารย์ของสถาบันฯ - โครงการวิจัยของสถาบันฯ	ผ่าน website ของศูนย์วิจัย

ข. ความรู้ขององค์กร

(1) การจัดการความรู้

ผู้บริหารสถาบันฯ สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานของสถาบันฯ มีการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีภายในหน่วยงานเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการ และป้องกันการสูญหายขององค์ความรู้ภูมิปัญญาบุคลากรเกษียณอายุหรือลาออก จึงกำหนดให้มีคณะกรรมการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดี สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES KM and Good Practice Committee) เพื่อรับผิดชอบระบบการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีของสถาบันฯ (รูปที่ 4.2-3) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) กำหนดประเด็นความรู้ที่ต้องการจัดการ โดยให้ทุกหน่วยงานภายในสถาบันฯ กำหนดประเด็นความรู้และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้



รูปที่ 4.2-3 ระบบการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดี สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

อย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี โดยอาจเป็นการสร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ การปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมให้ดีขึ้น การสร้างกระบวนการทำงานใหม่ หรือการปรับปรุงกระบวนการทำงานเดิมให้ดีขึ้นก็ได้ โดยพิจารณากระบวนการทำงานที่สำคัญ มีความยุ่งยากซับซ้อนหรือเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดได้ง่าย 2) รวบรวมความรู้จากแหล่งต่างๆ ทั้งที่มีอยู่แพร่หลาย (Explicit knowledge) และที่เกิดจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน (Tacit knowledge) 3) นำ Explicit knowledge และ Tacit knowledge มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงาน และสรุปความรู้ที่ได้ไปสร้างการปฏิบัติที่ดีซึ่งจะทำให้กระบวนการทำงานนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด และให้นำเสนอการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีดังกล่าวให้แก่บุคลากรภายในสถาบันฯ ในการประชุมสัมมนาการจัดการเรียนรู้และนวัตกรรมประจำปี (KM and Innovation Day) ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยผู้บริหารสถาบันฯ จะคัดเลือกและให้รางวัลบุคลากร/



รูปที่ 4.2-4 RIHES Learning Portal ใน website ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หน่วยงานที่มีการจัดการความรู้ดีเด่นประจำปี 4) บุคลากรของสถาบันฯ เรียนรู้และนำวิธีปฏิบัติที่ดีไปใช้ในการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน 5) ติดตามผลการนำความรู้และการปฏิบัติที่ดีไปใช้ 6) ถ่ายทอดการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีทาง RIHES Learning Portal ใน website ของสถาบันฯ (รูปที่ 4.2-4) และ 7) ทบทวนและปรับปรุงความรู้ที่สร้างขึ้น และระบบการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีเป็นประจำทุกปี

(2) วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ

คณะกรรมการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดี สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES KM and Good Practice Committee) เป็นผู้รับผิดชอบกระบวนการค้นหาและจัดการวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศของสถาบันฯ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมและถ่ายทอดให้ทุกหน่วยงานภายในสถาบันฯ มีการค้นหาวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (1) ทำให้เกิดผลสำเร็จตามตัวชี้วัดของกระบวนการทำงาน (2) ส่งผลต่อเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ และ (3) สามารถถ่ายทอดและทำซ้ำในหน่วยงานอื่น ๆ ได้

2. ผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานรวบรวมแนวทางการปฏิบัติที่ดีซึ่งอาจได้มาจากหลายช่องทาง เช่น (1) แนวทางปฏิบัติของหน่วยงานภายในสถาบันฯ ที่มีผลการดำเนินการที่เกินความคาดหวัง (รูปที่ 4.1-1 และ 4.1-2) (2) แนวทางปฏิบัติของหน่วยงานภายนอกสถาบันฯ ที่มีผลการดำเนินงานที่ดีกว่าสถาบันฯ (รูปที่ 4.1-3) และ (3) แนวทางปฏิบัติที่ดีที่ได้จากการจัดการความรู้ขององค์กร (รูปที่ 4.2-3)

3. แต่ละหน่วยงานนำแนวทางปฏิบัติที่ดีที่รวบรวมดังกล่าวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเป็นวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ และเผยแพร่ทาง RIHES Learning Portal ใน website ของสถาบันฯ (รูปที่ 4.2-4 และ 7.4-12)

4. หน่วยงานภายในสถาบันฯ เลือกรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นเลิศไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของหน่วยงาน

5. ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศและมีการแก้ไขปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นเป็นประจำทุกปี

(3) การเรียนรู้ระดับองค์กร

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีของสถาบันฯ (รูปที่ 4.2-3) เพื่อการเรียนรู้ฝังลึกลงไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ส่งเสริมให้หน่วยงานภายในสถาบันฯ ใช้ระบบ PDCA ในการติดตาม ทบทวน ประเมิน และปรับปรุงผลการดำเนินการและกระบวนการทำงานเป็นประจำ (รูปที่ 4.1.1-4.1.5) เพื่อให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร รวมทั้งให้พยายามมองหาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและการสร้างนวัตกรรมใหม่

2. กำหนดให้ทุกหน่วยงานภายในสถาบันฯ สร้างประเด็นความรู้และการปฏิบัติที่ดีอย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี โดยเน้นกระบวนการทำงานที่สำคัญ มีความยุ่งยากซับซ้อนหรือสุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดได้ง่าย และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้มาสร้างการปฏิบัติที่ดีซึ่งสามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุได้อย่างจริงจัง (รูปที่ 4.2-1) รวมทั้งพยายามให้ทุกหน่วยงานพยายามสร้างวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศที่ได้จากทั้งภายในและภายนอก

องค์กรเพื่อให้สถาบันฯ มีความสามารถในการแข่งขันเพิ่มขึ้น [หัวข้อ 4.2ข.(2)]

3. ใช้ RIHES Learning Portal ใน website ของสถาบันฯ ในการแบ่งปันองค์ความรู้ที่ได้ทั่วทั้งองค์กร (รูปที่ 4.2-4) เพื่อให้บุคลากรของสถาบันฯ สามารถนำวิธีปฏิบัติที่ดีและวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศไปใช้ในการปรับปรุงปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน (รูปที่ 7.4-12)

4. มีการติดตามผลการนำการปฏิบัติที่ดีและการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อนำมาทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดการความรู้และการปฏิบัติที่ดีเป็นประจำทุกปี

หมวดที่ 5 บุคลากร

5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

ผู้บริหารสถาบันฯ เล็งเห็นความสำคัญของบุคลากรต่อความสำเร็จขององค์กร จึงกำหนดให้เป็น 1 ใน 5 ค่านิยมเพื่อความเป็นเลิศขององค์กร คือ Human Power - บุคลากรร่วมใจ และมอบหมายให้รองผู้อำนวยการด้านการบริหารทั่วไปและหน่วยการเจ้าหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบระบบการบริหารงานบุคคลของสถาบันฯ

ก. ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร

(1) ความต้องการด้านชีตความสามารถและอัตรากำลัง

รองผู้อำนวยการด้านการบริหารทั่วไปและหน่วยการเจ้าหน้าที่ใช้ระบบการจัดการชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากรในการวิเคราะห์ความต้องการด้านชีตความสามารถและอัตรากำลังของสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ใช้ Gap analysis ในการวิเคราะห์ชีตความสามารถและอัตรากำลังที่ต้องการ โดยใช้ข้อมูลชีตความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากรในปัจจุบัน (รูปที่ P.1-4 หมวดโครงสร้างองค์กร) เทียบกับที่ต้องการในอนาคต (ปี พ.ศ. 2565-2568) เพื่อให้สถาบันฯ สามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-4 หมวด 2) และแผนปฏิบัติการ (รูปที่ 2.2-1 หมวด 2) ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นในเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี 2) วางแผนกลยุทธ์ด้านบุคลากรเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์

รูปที่ 5.1-1 ตัวชี้วัดสำคัญในระบบการจัดการชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์
ด้านชีตความสามารถ	ร้อยละของบุคลากรสายวิชาการที่มีคุณวุฒิปริญญาเอก	7.3-1
	ร้อยละของบุคลากรสายสนับสนุนที่ผ่านการคัดเลือกตามข้อกำหนดของสถาบัน	7.3-2
	จำนวนโครงการวิจัยต่อนักวิจัย	7.3-4
	จำนวนเงินทุนวิจัยต่อนักวิจัย	7.3-5
	ร้อยละของ First/Corresponding author	7.3-6
	ร้อยละของนักวิจัยที่มีผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS Q1	7.3-7
	ร้อยละของ First/Corresponding author	7.3-8
	ร้อยละของนักวิจัยที่จัดแจ้งสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร	7.3-9
ด้านอัตรากำลัง	จำนวนนักวิจัยที่มีผลงานตีพิมพ์ในด้านต่างๆ	7.3-11
	อัตราส่วนของผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัย ตามทิศทางการวิจัย	7.3-12
	จำนวนนักศึกษาต่ออาจารย์	7.3-13
	อัตราส่วนบุคลากรสายสนับสนุนต่อสายวิชาการ	7.3-14

เชิงกลยุทธ์ทั้ง 5 ข้อ โดยกำหนดตัวชี้วัดดังรูปที่ 5.1-1 และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ ในเดือนมีนาคม เพื่อขออนุมัติ 3) ดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ด้านบุคลากร ตั้งแต่เดือนเมษายนเป็นต้นไป 4) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรตามตัวชี้วัดเป็นประจำทุก 3 เดือน (รูปที่ 5.1-1) ซึ่งในระหว่างนั้นอาจมีการปรับอัตราค่าจ้างและขีดความสามารถของบุคลากรตามความเหมาะสม และ 5) ปรับปรุงระบบการจัดการขีดความสามารถและอัตราค่าจ้างของบุคลากรในเดือนธันวาคมเป็นประจำทุกปี

(2) บุคลากรใหม่

ระบบการสรรหา ว่าจ้าง และดูแลบุคลากรใหม่ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การทบทวนอัตราค่าจ้างที่ต้องการรับสมัคร โดยผู้บริหารสถาบันฯ จะตั้งคณะกรรมการคัดเลือกบุคลากรใหม่ขึ้นเพื่อพิจารณาและกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่เหมาะสมกับตำแหน่ง โดยเปิดกว้างไม่มีข้อกำหนดเรื่องเพศ ศาสนา ภูมิลำเนา สถาบันการศึกษา เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรของสถาบันฯ จะมีความหลากหลายทางความคิด

2. การรับสมัครบุคลากรใหม่ โดยประกาศรับสมัครที่ระบุรายละเอียดคุณสมบัติที่ต้องการ ปิดประกาศและประชาสัมพันธ์ในวงกว้างรวมถึงในเว็บไซต์ของสถาบันฯ

3. การสัมภาษณ์ผู้สมัคร โดยคณะกรรมการคัดเลือกบุคลากรใหม่ และคัดเลือกผู้ที่มีความเหมาะสมกับตำแหน่งงาน

4. การทดลองงาน การติดตาม และการประเมินผลการทดลองงาน บุคลากรใหม่ทุกคนต้องผ่านการทดลองงาน (3 เดือนสำหรับบุคลากรชั่วคราว และ 1 ปีสำหรับพนักงานประจำ) โดยผู้ที่ได้รับการบรรจุเข้าเป็นบุคลากรใหม่ต้องผ่านการประเมินทั้งด้านภาระงาน (น้ำหนัก 70%) และด้านพฤติกรรม (น้ำหนัก 30%)

5. การดูแลบุคลากรใหม่เมื่อเข้าปฏิบัติงาน บุคลากรใหม่ที่ได้รับการบรรจุจะต้องผ่านกระบวนการดูแลบุคลากรใหม่ซึ่งประกอบด้วย

(1) เข้าพบผู้อำนวยการสถาบันฯ ในวันเริ่มต้นทำงานเพื่อให้ทราบทิศทางการดำเนินการของสถาบันฯ พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม

(2) เข้ารับการปฐมนิเทศเพื่อให้ทราบข้อมูลทั่วไปด้านกฎระเบียบ ข้อบังคับ ค่าตอบแทนและสวัสดิการต่าง ๆ

(3) ระบบพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลบุคลากรใหม่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ลดข้อผิดพลาดในการทำงาน อีกทั้งยังเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรเก่าและบุคลากรใหม่

(4) การสื่อสารเพื่อสร้างความมีส่วนร่วม ผ่านการประชุม สัมมนา อบรม กลุ่ม line เป็นต้น

(5) ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถตามเกณฑ์ของแต่ละกลุ่มบุคลากร

(6) ร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความผูกพันต่อองค์กร

(7) สอบถามความคิดเห็น ความพึงพอใจ และความผูกพันต่อสถาบันฯ ปีละ 1 ครั้ง

6. การประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามตัวชี้วัดที่สถาบันฯ กำหนด (Individual OKR) เพื่อพิจารณาการเลิกจ้าง การจ้างงานต่อ หรือการให้รางวัล โดยหัวหน้างานและกรรมการบริหารสถาบันฯ ทุก 6 เดือน (รูปที่

7.3-10)

7. การประเมินระบบการสรรหา ว่าจ้าง และดูแลบุคลากรใหม่ เพื่อพัฒนาระบบให้ดีขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง

(3) การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร

เพื่อให้การดำเนินงานของสถาบันฯ เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารสถาบันฯ มีการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ (รูปที่ 5.1-2) 1) วิเคราะห์ความเสี่ยง/การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากรที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสถาบันฯ 2) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง โดยใช้แนวคิด Human Resource Risk management 3) ดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด และ 4) ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินการในเดือนธันวาคมของทุกปี (รูปที่ 7.3-14 และ 7.3-15)

รูปที่ 5.1-2 การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร

ความเสี่ยง/การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร	วิธีการ/แนวทางในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร	
	ด้านขีดความสามารถ	ด้านอัตรากำลัง
ความต้องการของบุคลากร	- การอบรมเพื่อเพิ่มทักษะของบุคลากร (รูปที่ 5.2-5) - การเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรโดยระบบ RIHES Learning Portal (รูปที่ 4.2-4 หมวดที่ 4) - ความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพ (รูปที่ 5.2-6)	- การวางแผนบุคลากรเมื่อมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ใหม่ๆ - การวิเคราะห์อัตรากำลังประจำปี (รูปที่ 5.1-2) - การประเมินอัตรากำลังจากผลการดำเนินงาน (รูปที่ 5.2-2)
ความต่อเนื่องของการดำเนินการ	- การทบทวนความต้องการและทิศทางการวิจัยทั้งในระดับประเทศและระดับโลก (รูปที่ P.2-1)	- การประเมินอัตรากำลังอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 5.1-2)
การป้องกันการลดจำนวนของบุคลากร	- การเพิ่มทักษะของนักวิจัยในการทำวิจัยที่เป็นทิศทางใหม่ (รูปที่ 5.1-2)	- การให้รางวัลบุคลากรที่มีผลการดำเนินการดีเด่น (รูปที่ 5.2-2)
การจัดการเมื่อมีการลดจำนวนของบุคลากร	- การทบทวนความต้องการและทิศทางการวิจัยทั้งในระดับประเทศและระดับโลก (รูปที่ P.2-1) - การเพิ่มทักษะของบุคลากรที่ย้ายมาจากหน่วยงานอื่น (รูปที่ 5.1-2)	- การสลับตำแหน่งและหน้าที่บุคลากรสถาบันฯ
การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างองค์กรและระบบงาน	- การประเมินผลได้ผลเสียอย่างรอบด้าน (intelligence risk) ก่อนนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ (รูปที่ 6.1-6)	- การจัดการนวัตกรรม (รูปที่ 6.1-6)

(4) ความสำเร็จในงาน

ผู้บริหารสถาบันฯ มุ่งเน้นให้บุคลากรทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ (รูปที่ 5.1-3) 1) วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์กร 2) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการทำให้เกิดความสำเร็จของแต่ละปัจจัย 3) ดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด และ 4)

ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการในเดือนธันวาคมของทุกปี

รูปที่ 5.1-3 การทำให้เกิดความสำเร็จในงาน

ปัจจัย	วิธีการ/แนวทาง	ผลลัพธ์
การมุ่งความสำเร็จขององค์กร	- การมุ่งเน้นพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร - RHES Performance Management system (PMS) - การเพิ่มทักษะของบุคลากร (รูปที่ 5.2-5)	7.4-3 7.4-10-7.4-11 7.3-22
การใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลัก	- การทำ KM & Best Practice Management	7.4-12
การมุ่งเน้นลูกค้า	- การการถ่ายทอดค่านิยมที่มุ่งเน้นลูกค้าอย่างต่อเนื่อง - จัดโครงสร้างองค์กรแยกตามกลุ่มลูกค้า - KPIs ด้านลูกค้า	7.4-1 7.3-1 – 7.3-8
ความคล่องตัวและความสามารถในการปรับตัวขององค์กร	- การสลับตำแหน่งและหน้าที่ของบุคลากรสถาบันฯ - ระบบการทำงานจากที่บ้าน - การให้บริการอาสาสมัครที่บ้าน	
การดำเนินการที่เหนือความคาดหมาย	- การให้รางวัลผู้ที่มีผลการดำเนินการดีเด่น (รูปที่ 5.2-2) - การให้ค่าตอบแทนพิเศษแก่ผู้ปฏิบัติงานนอกเหนือจากความรับผิดชอบหลัก	

ข. บรรยาการการทำงาน

(1) สภาพแวดล้อมการทำงาน

ในการสร้างบรรยาการการทำงานให้เกื้อหนุนและมีความมั่นคงต่อการทำงาน ผู้บริหารสถาบันฯ ได้แต่งตั้งและมอบหมายให้คณะกรรมการด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานรับผิดชอบระบบการดูแลสภาพแวดล้อมการทำงาน (รูปที่ 5.1-4) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร 2) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการทำให้เกิดความสำเร็จของแต่ละปัจจัย 3) ดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด และ 4) ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการในเดือนธันวาคมของทุกปี (รูปที่ 7.3-16)

รูปที่ 5.1-4 ระบบการดูแลสภาพแวดล้อมการทำงาน

ปัจจัย	วิธีการ/แนวทาง	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์
ด้านสุขภาพ	- การตรวจสุขภาพพนักงานประจำทุก 2 ปี - การทำประกันสุขภาพบุคลากรทุกประเภท - การทำประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคลากรที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน - การฉีดวัคซีนสำหรับบุคลากรที่มีความเสี่ยง - การจัดกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริหารร่างกายด้วยวิธีโยคะ ทำทางที่เหมาะสมในการทำงาน สุขภาพดีถ้วนหน้า 55 ปี 55 ล้านก้าว - มีระบบการป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น โรคติดเชื้อ สารเคมี สารกัมมันตรังสี เป็นต้น	การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน	7.3-17
ด้านสวัสดิภาพ	- ระบบ Access Control (อัตโนมติ โดยใช้ใบหน้า) - ระบบรักษาความปลอดภัย ปรก. และ CCTV 24 ชั่วโมง - บัตรประจำตัวพนักงาน - การอบรมและการซ้อมการป้องกันอัคคีภัยและแผ่นดินไหว	ความพึงพอใจด้านสถานที่ทำงาน	

(2) นโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับบุคลากร

ผู้บริหารสถาบันฯ มีกระบวนการจัดการด้านนโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับบุคลากร ดังนี้ (รูปที่ 5.1-5) 1) กำหนดนโยบายและสิทธิประโยชน์ที่สำคัญในการสนับสนุนบุคลากร โดยให้ตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ ด้านผลประโยชน์ และด้านการพัฒนาตนเอง และให้สนับสนุนบุคลากรทุกกลุ่มโดยเท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ 2) เปรียบเทียบนโยบายและสิทธิประโยชน์กับองค์กรภายนอก 3) กำหนดตัวชี้วัดด้านความผูกพันของบุคลากรในการประเมินผลสำเร็จของนโยบายและสิทธิประโยชน์ 4) ดำเนินการตามนโยบายและสิทธิประโยชน์ที่กำหนด และ 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการในเดือนธันวาคมของทุกปี เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการด้านนโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับบุคลากร

รูปที่ 5.1-5 นโยบายและสิทธิประโยชน์ของบุคลากร

ความต้องการของบุคลากร	นโยบายและสิทธิประโยชน์	ผลลัพธ์
ด้านสุขภาพ	การตรวจสุขภาพประจำปี	7.3-17 - 7.3-19
	การดูแลกรณีเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	
	การสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อจากการทำงาน	
ด้านผลประโยชน์	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลา	
	ค่าตอบแทนการเผยแพร่ผลงานวิจัย	
	เงินสะสมระหว่างการปฏิบัติงาน	
	การเข้าใช้ระบบ WIFI ฟรี	
	ประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคลากรที่เสี่ยงสูง	
ด้านการพัฒนาตนเอง	การฝึกอบรมและการศึกษาต่อ	
	การไปนำเสนอผลงานวิชาการ	
	วันหยุดพักผ่อนประจำปี	
	การสะสมวันลาหยุด	
	สวัสดิการช่วยเหลือค่ามาปนกิจศพ	

5.2 ความผูกพันของบุคลากร

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

(1) ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพัน

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการสร้าง ความผูกพันของบุคลากร (รูปที่ 5.2-1) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สํารวจปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ โดยใช้ Employee Relation Survey (ERS), Focus Group และ Exit interview 2) คัดเลือกปัจจัยความผูกพันที่สำคัญที่สุด 4 ลำดับที่บุคลากรส่วนใหญ่เลือกเพื่อนำไปวางแผนกลยุทธ์ในการสร้างความผูกพันของบุคลากร 3) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการสร้างความผูกพันของแต่ละปัจจัย และกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของการดำเนินการสร้างความผูกพัน 4) ดำเนินการสร้างความผูกพันตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด 5) ติดตามและประเมินความผูกพันของบุคลากรตามตัวชี้วัดที่กำหนดเป็นประจำทุกปี และ 6) นำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการสร้าง ความผูกพันเป็นประจำปีละ 1

ครั้ง

รูปที่ 5.2-1 ระบบการสร้างความผูกพันของบุคลากร

ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพัน	วิธีการ/แนวทาง	ผลลัพธ์
ความมั่นคงในการทำงาน	- ระบบจ้างเหมาอายุงาน การปรับเงินเดือนและการเลื่อนตำแหน่ง - การให้ความช่วยเหลือในการเลื่อนตำแหน่ง - การสนับสนุนทุนการฝึกอบรม/การเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร	7.3-18 7.3-19
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน	- งานสัมมนาบุคลากรประจำปี - กิจกรรม Research Café - ระบบ coaching ระหว่างหัวหน้างานกับทีมงาน - กิจกรรม On boarding กับบุคลากรใหม่ - กิจกรรม CSR - กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กีฬาสี กีฬาบุคลากร ฯลฯ	
ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	- ค่าตอบแทนอายุงานสำหรับวิชาชีพเฉพาะ ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล - ค่าตอบแทนวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร - สิทธิการรักษาพยาบาล - เงินช่วยเหลือด้านบำเพ็ญกุศลศพของพนักงานและญาติสายตรง - เงินสะสมและเงินสมทบเพื่อส่งเสริมนโยบายการออมเงิน - มีประกันอุบัติเหตุในตำแหน่งงานที่มีความเสี่ยงในการเดินทาง	
ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน	- ให้โอกาสบุคลากรรุ่นใหม่ๆ เสนอความคิดเห็น และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น - ใช้ระบบ Digital ในการทำงานมากขึ้นเพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน และรวดเร็ว - จัดทำแบบฟอร์มในการทำงานใหม่ๆ - ทำงาน Work from Home - ประชุมผ่านช่องทาง Zoom หรือระบบ Online อื่นๆ	

(2) การประเมินความผูกพัน

จากระบบการสร้างความผูกพันของบุคลากรในรูปที่ 5.2-1 หลังจากดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การสร้าง
ความผูกพันของบุคลากร (ขั้นตอนที่ 4) แล้ว หน่วยการเจ้าหน้าที่จะทำการประเมินความผูกพันของบุคลากร

รูปที่ 5.2-2 การประเมินความผูกพันของบุคลากร

วิธีการประเมินความผูกพัน	ความถี่	กลุ่มบุคลากร	ผลลัพธ์
การสำรวจความคิดเห็น			
ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความผูกพันต่อองค์กร	ปีละครั้ง	ทั้งหมด	7.3-18
ความมั่นคงในการทำงาน	ปีละครั้ง	ทั้งหมด	-
ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	ปีละ 2 ครั้ง	ทั้งหมด	7.3-19
การใช้ตัวชี้วัดอื่น ๆ			
การได้เลื่อนตำแหน่งทางวิชาการ	ปีละครั้ง	สายวิชาการ	7.3-3
ความปลอดภัยในการทำงาน	ทุกวัน	ทั้งหมด	7.3-17
การลาออกก่อนกำหนด	เดือนละครั้ง	ทั้งหมด	7.3-20
การขาดงาน	ทุกวัน	ทั้งหมด	
การได้รับรางวัลบุคลากรดีเด่น	ปีละครั้ง	ทั้งหมด	
การทำงานล่วงเวลา	เดือนละครั้ง	ทั้งหมด	

ต่อองค์กร (ขั้นตอนที่ 5) โดยใช้วิธีการประเมินและตัววัดทั้งที่เป็นทางการ (โดยการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรโดยตรง) และไม่เป็นทางการ (โดยใช้ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นผลทางอ้อมที่แสดงความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร) ดังแสดงในรูปที่ 5.2-2 ต่อจากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์และรายงานผลต่อผู้บริหารสถาบันฯ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการสร้างความผูกพันของบุคลากรต่อไป

ข. วัฒนธรรมองค์กร

ผู้บริหารสถาบันฯ มีกระบวนการเสริมสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร โดยเริ่มจาก 1) วิเคราะห์วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นลักษณะเฉพาะและเป็นพื้นฐานในการทำงานของบุคลากรมาตลอด 55 ปีที่สถาบันฯ ก่อตั้งขึ้นมา นั่นคือ ความมุ่งมั่นในการทำงานที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการวิจัยที่มีคุณภาพในระดับมาตรฐานสากล 2) กำหนดปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมการทำงานที่ดี ซึ่งได้ข้อสรุปเป็น 3 ปัจจัยหลักตามรูปที่ 5.2-3 คือ การสื่อสารที่เปิดกว้าง การทำงานที่ให้ผลการดำเนินงานที่ดี และความผูกพันของบุคลากร จึงนำมากำหนดเป็นวัฒนธรรมองค์กร “ร่วมด้วยช่วยกัน สร้างสรรค์คุณภาพ” ซึ่งเมื่อร่วมกับค่านิยมทั้ง 5 ข้อ (รูปที่ P.1-2 หมวดโครงสร้างองค์กร) จะมุ่งเน้นให้บุคลากรสถาบันฯ มีความผูกพัน พร้อมใจกัน และมุ่งมั่นสร้างสรรค์ผลงานเพื่อนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร 3) กำหนดวิธีการ/แนวทางในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กรของแต่ละปัจจัย ดังรูปที่ 5.2.3 4) สื่อสารและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรแก่บุคลากรสถาบันฯ ตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด โดยใช้ช่องทางการสื่อสารในรูปที่ 1.1-2 และ 1.1-5 หมวดที่ 1 และ 5) ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างวัฒนธรรมเป็นประจำทุกปี (รูปที่ 7.4-6 – 7.4-8)

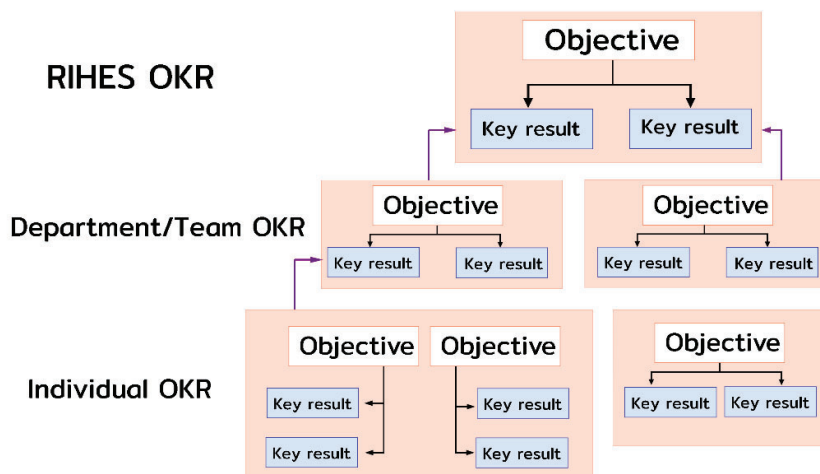
รูปที่ 5.2-3 กระบวนการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อค่านิยมและวัฒนธรรม	วิธีการ/แนวทางเสริมสร้างค่านิยม/วัฒนธรรม
การสื่อสารที่เปิดกว้าง	- การถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยม (รูปที่ 1.1-2) - การสื่อสารภายในองค์กร (รูปที่ 1.1-5 หมวดที่ 1)
การทำงานที่ให้ผลการดำเนินงานที่ดี	- การนำองค์กร (รูปที่ 1.1-1 หมวดที่ 1) - การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ (รูปที่ 1.1-6 หมวดที่ 1) - การทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (หัวข้อที่ 1.1ค.(2) หมวดที่ 1) - การวางแผนกลยุทธ์ (รูปที่ 2.1-1 หมวดที่ 2) - การวัดผลการดำเนินการ (รูปที่ 4.1-1 หมวดที่ 4) - การจัดการผลการปฏิบัติการและการพัฒนา (RIHES Performance Management System) - การจัดการความรู้ขององค์กร (หัวข้อที่ 4.2ข. หมวดที่ 4) - การจัดการนวัตกรรม (หัวข้อที่ 6.1ง. หมวดที่ 6)
ความผูกพันของบุคลากร	- ระบบการสร้างความผูกพันของบุคลากร (รูปที่ 5.2-1) - ส่งเสริมกิจกรรม Cross function สายงาน เช่น การประชุมสัมมนาประจำปีของสถาบันฯ การจัด KM and Innovation Day การจัดกิจกรรมสนับสนุนชุมชน การจัดกิจกรรมองค์กรคุณธรรม การจัดงานวันสถาปนาสถาบันฯ การจัดกิจกรรมมุทิตาจิตผู้เกษียณอายุ เป็นต้น

ค. การจัดการผลการปฏิบัติการและการพัฒนา

(1) การจัดการผลการปฏิบัติงาน

เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบ RIHES Performance Management System (RIHES PMS) ในการจัดการผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (รูปที่ 5.2-4) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้



รูปที่ 5.2-4 ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (RIHES PMS)

1. กำหนดตัววัดผลสำเร็จของการดำเนินการของสถาบันฯ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับที่มีความสอดคล้องกันเป็นลำดับขั้น คือ

- RIHES Objectives and Key Results (OKR) เป็นการติดตามผลการดำเนินการตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ทั้ง 5 ข้อของสถาบันฯ โดยกำหนดผลการดำเนินการที่สำคัญตามตัวชี้วัดในระดับสถาบันฯ จำนวน 11 ตัวชี้วัด (รูปที่ 4.1-1 หมวดที่ 4)

- Department/Team OKR เป็นการติดตามผลการดำเนินการของศูนย์วิจัย/สำนักวิชา/สำนักงาน/หน่วยงานภายในสถาบันฯ โดยแต่ละหน่วยงานกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และผลการดำเนินการที่สอดคล้องกับ RIHES OKR แล้วนำไปวางแผนปฏิบัติการและดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงานนั้น

- Individual OKR เป็นการติดตามผลการดำเนินการของบุคลากรสถาบันฯ เป็นรายบุคคล โดยบุคลากรในแต่ละหน่วยงานจะกำหนดวัตถุประสงค์และผลการดำเนินการส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับ OKR ของหน่วยงาน แล้วนำไปวางแผนปฏิบัติการและดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของแต่ละบุคคล

2. จัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงานของหน่วยงานและบุคลากร โดยกำหนดให้หน่วยงานและบุคลากรดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จตาม Departmental/Team OKR และ Individual OKR ที่กำหนดไว้ (committed OKR) (รูปที่ 7.4-10 – 7.4-11) นอกจากนั้น ผู้บริหารสถาบันฯ ยังเปิดโอกาสให้หน่วยงานและบุคลากรเสนอ OKR อื่น ๆ ที่เป็นโอกาสเชิงกลยุทธ์หรือนวัตกรรมใหม่ (inspiration OKR) ซึ่งผู้บริหารสถาบันฯ จะนำไปประเมินผลได้ผลเสียอย่างรอบด้าน และหากเป็นความกล้าเสี่ยงที่น่าลงทุนจะสนับสนุนทรัพยากรให้ดำเนินการอย่างเต็มที่

3. ติดตามผลการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ระดับ โดยให้หัวหน้าหน่วยงานรวบรวมและนำเสนอ

ต่อผู้บริหารสถาบันฯ ทุก 3 เดือน หากยังไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จตามที่คาดการณ์ไว้ ผู้บริหารสถาบันฯ จะส่งเสริมและผลักดันให้ดำเนินงานลุล่วงตามเป้าหมายโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การแนะนำ การอบรม สัมมนา หรือฝึกปฏิบัติในประเด็นที่ช่วยเสริมศักยภาพและปิดช่องว่าง ตลอดจนการยกระดับให้ได้ผลการปฏิบัติงานเกินความคาดหวัง

4. ประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดทั้ง 3 ระดับ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ผู้บริหารสถาบันฯ จะนำผลการดำเนินการของแต่ละหน่วยงานและของบุคลากรไปใช้ในการพิจารณาดังนี้

- หน่วยงาน/บุคลากรที่มีผลการดำเนินการที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการดำเนินการที่โดดเด่นเกินความคาดหวัง เช่น สร้างองค์ความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ จะได้รับการพิจารณาให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงาน/บุคลากร เลื่อนขั้นเงินเดือนเป็นพิเศษ ให้โบนัสหรือค่าตอบแทนการตีพิมพ์ผลงานวิจัย ให้รางวัลหน่วยงาน/บุคลากรดีเด่นประจำปี และการยกย่องชมเชยในการประชุมสัมมนาประจำปีของสถาบันฯ

- หน่วยงาน/บุคลากรที่มีผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะทำการวิเคราะห์โดยใช้ Gap analysis เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาตามแนวทางในหัวข้อ 5.2ค.(2)

5. ประเมินและปรับปรุงระบบ RIHES PMS ให้ดียิ่งขึ้นเป็นประจำปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง

(2) การพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร (รูปที่ 5.2-5) เพื่อให้บุคลากรสถาบันฯ ได้เรียนรู้และพัฒนาผลการปฏิบัติงานและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาของบุคลากร โดยผู้บริหารสถาบันฯ ประชุมร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานภายในสถาบันฯ เพื่อวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาของบุคลากรทุกส่วนงานและทุกระดับ
- 2) กำหนดแผนการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร โดยหาวิธีการ/แนวทางที่ตอบสนองต่อบังคับจี้ที่สำคัญ 4 เรื่องคือ 1) สนับสนุนความต้องการขององค์กร 2) สนับสนุนความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของบุคลากร 3) สนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและการสร้างนวัตกรรมใหม่ และ 4) สนับสนุนให้เกิดการดำเนินการอย่างมีจริยธรรม
- 3) กำหนดตารางการฝึกอบรมและจัดการฝึกอบรมตามแผน โดยแนวทางการจัดการเรียนรู้และพัฒนาของบุคลากรของสถาบันฯ จะใช้การอบรมแบบ 70-20-10 คือ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน (experiential learning) 70% ซึ่งบุคลากรจะได้เรียนรู้ระหว่างการทำงานรวมถึงการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงาน เช่น การฝึกขณะปฏิบัติงาน การแสดงวิธีการทำงานให้เพื่อนร่วมงาน การดูการปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงาน การติดตามหัวหน้างาน การหมุนเวียนงาน การเป็นวิทยากรในหน่วยงาน และการดูงานนอกสถานที่ 2) การเรียนรู้จากกระบวนการสอนงาน (coaching) 20% ได้แก่ การให้คำปรึกษาแนะนำ การเข้าร่วมสัมมนา การเป็นพี่เลี้ยง การสอนงาน และการฝึกงานกับผู้เชี่ยวชาญ

- และ 3) การเรียนรู้จากการฝึกอบรมหรือเรียนรู้ด้วยตนเอง 10%
- 4) ประเมินประสิทธิผลของการเรียนรู้และพัฒนา ตามแนวทางในหัวข้อ 5.2ค.(2) และนำมาปรับปรุงระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรในเดือนธันวาคมของทุกปี

รูปที่ 5.2-5 ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ปัจจัยที่สำคัญ	วิธีการ/แนวทาง
ความต้องการขององค์กร	- การวางแผนการเรียนรู้และพัฒนาของบุคลากรเพื่อกำหนดงบประมาณสนับสนุน - การวางแผนการสืบทอดผู้นำองค์กร (รูปที่ 5.2-8) - การประเมินอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากร (รูปที่ 5.1-1)
ความต้องการของบุคลากร	- แผนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ของบุคลากรรายบุคคล - การพัฒนาอาชีพการงาน (รูปที่ 5.2-7) - การสนับสนุนงบประมาณในการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร (รูปที่ 5.1-6)
การปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและการสร้างนวัตกรรมใหม่	- การฝึกขณะปฏิบัติงาน (on the job training) - การหมุนเวียนงาน (job rotation) - การเรียนรู้แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) การจัดการความรู้ และแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ ผ่านระบบ RIHES Learning Portal (รูปที่ 4.2-4 หมวดที่ 4) - การเรียนรู้ผ่านการดำเนินการวิจัยร่วมกับเครือข่ายวิจัยทั้งระดับชาติและนานาชาติ
การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม	- การอบรม Good Clinical Practice และจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย - การอบรมความโปร่งใสในการดำเนินการ

(3) ประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการพัฒนา

ในขั้นตอนที่ 4 ของระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร หัวหน้างานจะมีการติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรเป็นประจำทุกปี โดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศดังนี้

- 1) จำนวนบุคลากรที่เข้าสู่แผนการเรียนรู้และพัฒนา
- 2) งบประมาณที่ใช้ในการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร
- 3) การประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่เป็นผลจากการเรียนรู้และพัฒนา
- 4) การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรที่ได้รับจากการเรียนรู้และพัฒนา (รูปที่ 7.3-22)

(4) การพัฒนาอาชีพการงาน

ผู้บริหารสถาบันฯ มอบหมายให้คณะกรรมการให้คำปรึกษาและกลั่นกรองการจัดทำผลงานทางวิชาการ และผลการปฏิบัติงาน รับผิดชอบ ระบบการพัฒนาอาชีพการงานของบุคลากร (รูปที่ 5.2.6) โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์เส้นทางการพัฒนาอาชีพการงานของบุคลากรสายต่าง ๆ เช่น อาจารย์ นักวิจัย และสายปฏิบัติการ รวมทั้งคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งการพัฒนาอาชีพการงานตามระเบียบของมหาวิทยาลัย 2) จัดทำฐานข้อมูลการปฏิบัติงานและตำแหน่งงานของบุคลากรทุกสายงาน 3) ประชุมคณะกรรมการฯ ทุก 3 เดือน เพื่อพิจารณาว่าบุคลากรคนใดสายงานใดถึงกำหนดและมีคุณสมบัติในการขอเลื่อนตำแหน่งการพัฒนาอาชีพการงานแล้ว 4) กระตุ้น ให้คำปรึกษา ส่งเสริม และให้ความช่วยเหลือบุคลากรเพื่อดำเนินการขอเลื่อนตำแหน่งการพัฒนาอาชีพการงานตามกำหนด และ 5) ประเมินผลการดำเนินการและ

ปรับปรุงระบบการพัฒนาอาชีพการงานของบุคลากร ในเดือนธันวาคมของทุกปี (รูปที่ 7.3-3 และ 7.3-21)

รูปที่ 5.2-6 ระบบการพัฒนาอาชีพการงาน

สายงานของบุคลากร	เส้นทางการพัฒนาอาชีพการงาน	วิธีการ/แนวทางในการพัฒนา
อาจารย์	- อาจารย์ - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ - รองศาสตราจารย์ - ศาสตราจารย์	- เมื่อบรรจุเป็นอาจารย์ครบ 1 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ - เมื่อเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ครบ 1 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นรองศาสตราจารย์ - เมื่อเป็นรองศาสตราจารย์ครบ 1 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์
นักวิจัย	- นักวิจัย - นักวิจัยชำนาญการ - นักวิจัยชำนาญการพิเศษ - นักวิจัยเชี่ยวชาญ - นักวิจัยเชี่ยวชาญพิเศษ	- เมื่อบรรจุเป็นนักวิจัยครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นนักวิจัยชำนาญการ - เมื่อเป็นนักวิจัยชำนาญการครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นนักวิจัยชำนาญการพิเศษ - เมื่อเป็นนักวิจัยชำนาญการพิเศษครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นนักวิจัยเชี่ยวชาญ - เมื่อเป็นนักวิจัยเชี่ยวชาญครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นนักวิจัยเชี่ยวชาญพิเศษ
สายปฏิบัติการ	- ชำนาญการ - ชำนาญการพิเศษ - เชี่ยวชาญ	- เมื่อบรรจุครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นชำนาญการ - เมื่อเป็นชำนาญการครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นชำนาญการพิเศษ - เมื่อเป็นชำนาญการพิเศษครบ 2 ปีควรขอเลื่อนตำแหน่งเป็นเชี่ยวชาญ

การวางแผนการสืบทอดตำแหน่งผู้นำระดับต่าง ๆ แสดงในรูปที่ 5.2-7 แต่สำหรับตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันฯ เนื่องจากใช้ระบบการสรรหาไม่ใช่การแต่งตั้งจึงไม่สามารถกำหนดหรือเตรียมให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้อำนวยการสถาบันฯ ได้ การสืบทอดตำแหน่งจึงได้เพียงกำหนดกลุ่มของผู้ที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้บริหารในอนาคตเพื่อให้คณะกรรมการสรรหาเป็นผู้คัดเลือกเท่านั้น

(5) ความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วม (Equity and Inclusion)

กระบวนการจัดการผลการปฏิบัติการและการพัฒนาของส่งเสริมความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วมของบุคลากรสถาบันฯ ทุกกลุ่มทุกประเภท (รูปที่ 7.3-23) ดังนี้

- 1) ระบบ RHES PMS (รูปที่ 5.2-4) ใช้ในการจัดการผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคน รวมทั้งเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเสนอ inspiration OKR เพื่อพัฒนาสถาบันฯ อีกด้วย
- 2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร (รูปที่ 5.2-5) ใช้ในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคน โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการนำเสนอความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนา
- 3) ระบบการพัฒนาอาชีพการงานของบุคลากร (รูปที่ 5.2.6) ใช้ในการพัฒนาอาชีพการงานของบุคลากรทุกกลุ่มทุกประเภท เช่น อาจารย์ นักวิจัย และสายปฏิบัติการ โดยพยายามกระตุ้น ให้คำปรึกษา ส่งเสริม และช่วยเหลือบุคลากรทุกคนเพื่อดำเนินการขอเลื่อนตำแหน่งการพัฒนาอาชีพการงานให้ได้ตามกำหนด รวมทั้งการวางแผนการสืบทอดตำแหน่งผู้นำในทุกระดับ (รูปที่ 5.2.7)

รูปที่ 5.2-7 การพัฒนาผู้นำในอนาคต

ตำแหน่งผู้นำที่สำคัญ	คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง	วิธีการ/แนวทางในการพัฒนา
ผู้อำนวยการ	1. คุณวุฒิปริญญาเอกหรือเทียบเท่าและตำแหน่งทางวิชาการไม่ต่ำกว่ารองศาสตราจารย์ 2. เคยเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยระดับชาติหรือนานาชาติ 3. มีศักยภาพในการระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาส่วนงาน	1. ผู้บริหารสถาบันฯ นำเสนอรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำในอนาคตต่อคณะกรรมการอำนวยการเพื่อพิจารณาแจ้งต่อคณะกรรมการสรรหาผู้อำนวยการ 2. ส่งผู้ที่มีคุณสมบัติเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร 3. การมอบหมายให้ผู้ที่มีคุณสมบัติปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการ
รองผู้อำนวยการ	คุณวุฒิปริญญาเอกหรือเทียบเท่าและตำแหน่งทางวิชาการไม่ต่ำกว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์หรือนักวิจัยระดับสูง	1. ผู้อำนวยการเป็นผู้แต่งตั้งรองผู้อำนวยการที่มีคุณสมบัติตามกำหนด 2. ส่งผู้ที่มีคุณสมบัติเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร
หัวหน้าสำนักวิชา	1. คุณวุฒิปริญญาโทหรือเทียบเท่าและตำแหน่งทางวิชาการไม่ต่ำกว่ารองศาสตราจารย์ หรือปริญญาเอกและไม่ต่ำกว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์ 2. มีประสบการณ์ด้านวิชาการในสาขาวิชานั้น	1. ผู้บริหารสถาบันฯ คัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีศักยภาพที่จะนำองค์กรให้ประสบความสำเร็จในอนาคต 2. ส่งผู้ที่มีคุณสมบัติเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร
หัวหน้าศูนย์	1. คุณวุฒิปริญญาโทหรือเทียบเท่า 2. มีความสามารถในการบริหาร	1. ผู้บริหารสถาบันฯ คัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีศักยภาพที่จะนำองค์กรให้ประสบความสำเร็จในอนาคต 2. ส่งผู้ที่มีคุณสมบัติเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร
เลขานุการสถาบันฯ	1. คุณวุฒิไม่ต่ำกว่าปริญญาโท 2. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องมาแล้วไม่น้อยกว่า 8 ปี และเป็นหัวหน้างานหรือเทียบเท่ามาแล้วไม่น้อยกว่า 4 ปี	1. ผู้บริหารสถาบันฯ คัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีศักยภาพที่จะนำองค์กรให้ประสบความสำเร็จในอนาคต 2. พัฒนาผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
หัวหน้างาน	1. จบปริญญาตรี 2. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องมาแล้วไม่น้อยกว่า 4 ปี	1. ผู้บริหารสถาบันฯ คัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีศักยภาพที่จะนำพาหน่วยให้ประสบความสำเร็จในอนาคต 2. พัฒนาผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

หมวดที่ 6 การปฏิบัติการ

6.1 กระบวนการทำงาน

ก. การออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

(1) การจัดทำข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน

สถาบันฯ มีผลิตภัณฑ์หลัก 2 อย่างซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจที่ได้รับมอบหมายจากมหาวิทยาลัย คือ 1) ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และ 2) หลักสูตรบัณฑิตศึกษาศาखाวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการออกแบบและจัดการผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงานในการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงานโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน โดยพิจารณาจากข้อมูลดังนี้ 1) ความต้องการ

รูปที่ 6.1-1 กระบวนการทำงานที่สำคัญ ข้อกำหนดที่สำคัญ และตัวชี้วัดที่สำคัญ

กระบวนการทำงานที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ผลลัพธ์
ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ				
การกำหนดหัวข้อ/พื้นที่ในการทำวิจัย	หัวข้อวิจัยสอดคล้องกับทิศทางการวิจัยใหม่ของสถาบันฯ	โครงการวิจัยที่สอดคล้องกับทิศทางการวิจัยใหม่ของสถาบันฯ	โครงการวิจัยที่สอดคล้องกับทิศทางการวิจัยใหม่ของสถาบันฯ และได้รับจัดสรรทุน	7.1-3
	หัวข้อวิจัยสอดคล้องกับความเชี่ยวชาญนักวิจัย	จำนวนโครงการวิจัยด้านอื่น ๆ	จำนวนโครงการวิจัยด้านอื่น ๆ ที่ได้รับจัดสรรทุน	7.1-3
การแสวงหาแหล่งทุนวิจัย	มีแหล่งทุนวิจัยที่หลากหลาย	จำนวนโครงการวิจัยที่ยื่นขอทุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ	แหล่งทุนที่สนับสนุนโครงการวิจัยของสถาบันฯ	7.1-1 7.1-2
	ได้รับทุนจากแหล่งทุนจากต่างประเทศ	จำนวนโครงการวิจัยที่ยื่นขอทุนจากแหล่งทุนต่างประเทศ	จำนวนโครงการวิจัยที่ได้รับทุนจากต่างประเทศ	7.1-1
การดำเนินการวิจัย	อาสาสมัครมีความปลอดภัย	ร้อยละของความทันเวลาในการรายงานอาการที่ไม่พึงประสงค์		7.1-19
	ได้คุณภาพมาตรฐานสากลและเป็นไปตามข้อกำหนดของแหล่งทุน	ร้อยละของโครงการวิจัยที่ดำเนินการเสร็จตามเวลา		7.1-23
		Source documentation adequacy	การได้รับจัดสรรทุนจาก US NIH อย่างต่อเนื่อง	7.1-19
		Clinical endpoint determination		
		Annual site performance report		
	อาสาสมัครมีความพึงพอใจ	Retention rate ของอาสาสมัคร	ความพึงพอใจของอาสาสมัคร	7.2-3
การเผยแพร่ผลงานวิจัย	ผลงานวิจัยมีจำนวนมาก	จำนวนรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐาน Scopus		7.1-4
	ผลงานวิจัยสอดคล้องกับทิศทางการวิจัยใหม่ของสถาบันฯ	ร้อยละของรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐาน Scopus ที่สอดคล้องกับทิศทางการวิจัยใหม่ของสถาบันฯ		7.1-5 7.1-6
	ผลงานวิจัยมีคุณภาพสูง	ร้อยละของรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ใน Q1 ของฐาน SCOPUS		7.1-7
	ผลงานวิจัยถูกนำไปใช้ประโยชน์	จำนวนครั้งของการอ้างอิงผลงานวิจัยของสถาบันฯ		7.1-8
		จำนวนผลงานวิจัยด้านนวัตกรรมที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ตาม CMU-RL		7.1-9
หลักสูตรบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ				
การรับนักศึกษา	จำนวนนักศึกษาเป็นไปตามเป้าหมาย	จำนวนนักศึกษาที่สมัครเข้าเรียน	ร้อยละของจำนวนนักศึกษาเทียบกับเป้าหมายรับของแต่ละหลักสูตร	7.1-24
	มีนักศึกษาที่เป็นชาวต่างประเทศ	จำนวนนักศึกษาต่างประเทศที่สมัครเข้าเรียน	ร้อยละของนักศึกษาที่เป็นชาวต่างประเทศ	7.5-13
การจัดการเรียนการสอน	เนื้อหาที่ใช้สอนสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน	ร้อยละของจำนวนนักศึกษาที่เข้าชั้นเรียนในแต่ละคาบเทียบกับจำนวนนักศึกษาทั้งหมด	ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน	7.24
	การจัดการเรียนการสอนมีคุณภาพ	หลักสูตรผ่านมาตรฐานหลักสูตรการศึกษาระดับอุดมศึกษา		
การวัดและประเมินผล	การเรียนจบตามระยะเวลาที่กำหนดในหลักสูตร	ร้อยละของนักศึกษาที่สอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านตามระยะเวลาที่กำหนดในหลักสูตร	ร้อยละของนักศึกษาที่เรียนจบตามระยะเวลาที่กำหนดในหลักสูตร	เริ่มเก็บผลปี 2567
	ผลงานวิจัยของนักศึกษามีคุณภาพสูง	ร้อยละของการวิจัยของนักศึกษาส่งตีพิมพ์ในวารสารที่อยู่ใน Q1+Q2 ของฐาน SCOPUS	ร้อยละของการวิจัยของนักศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสารใน Q1+Q2 ของ SCOPUS	เริ่มเก็บผลปี 2567

ของลูกค้านักกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งได้มาจากกระบวนการรับฟังเสียงลูกค้าในหมวดที่ 3 ได้แก่ ทิศทางงานวิจัยที่แหล่งทุนต้องการ ความต้องการของแหล่งทุนในการดำเนินการวิจัยที่ได้มาตรฐาน ความต้องการและความคาดหวังของนักศึกษาจากการเข้าเรียนหลักสูตรบัณฑิตศึกษา 2) มาตรฐานของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ การเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารระดับ Quartile 1 ของฐานข้อมูล SCOPUS และการรับรองมาตรฐานหลักสูตรในระดับนานาชาติ 3) สมรรถนะหลักและความเชี่ยวชาญของสถาบันฯ โดยมุ่งเน้นงานวิจัยและการจัดการศึกษาในสาขาที่บุคลากรของสถาบันฯ มีความเชี่ยวชาญเท่านั้น และ 4) บริบทของการแข่งขัน โดยมุ่งเน้นงานวิจัยและการจัดการศึกษาในสาขาที่บุคลากรของสถาบันฯ มีโอกาสในการแข่งขันเท่านั้น

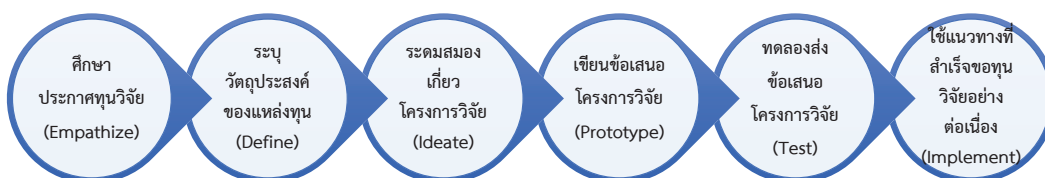
2. ออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนด [หัวข้อ 6.1ก.(3)]
3. จัดทำขั้นตอนการทำงานและแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดสำหรับติดตามผลการดำเนินการทั้งกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ [หัวข้อ 6.1ข.(1) และรูปที่ 6.1-1]
4. ดำเนินการตามขั้นตอนการทำงานและแนวทางปฏิบัติที่กำหนด
5. ประเมินผลการดำเนินการ ทั้งกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในรูปที่ 6.1-1
6. นำผลที่ได้ไปใช้ในปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการที่สำคัญ รายละเอียดในหัวข้อ 6.1ข.(3)
7. ประเมินและปรับปรุงระบบการออกแบบและจัดการผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน ปีละ 1 ครั้ง

(2) กระบวนการทำงานที่สำคัญ

กระบวนการทำงาน ข้อกำหนด และตัวชี้วัดที่สำคัญของสถาบันฯ แสดงในรูป 6.1-1

(3) แนวคิดในการออกแบบ (Design Concepts)

สถาบันฯ ใช้แนวคิด Design Thinking (รูปที่ 6.1-2) เป็นเครื่องมือในการออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงานให้เป็นไปตามข้อกำหนด เช่นกรณีการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อส่งขอทุนวิจัย จะมี 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) Empathize การทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้า โดยการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประกาศทุนวิจัยของแหล่งทุน 2) Define การกำหนดความต้องการของลูกค้าให้ชัดเจน โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ว่าความต้องการที่แท้จริงของลูกค้าคืออะไร และนำไปใช้เป็นข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ ในที่นี้คือการนำข้อมูลที่ได้มาระบุวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนและปัจจัยที่จะเป็นตัวกำหนดการให้หรือไม่ให้ทุน 3) Ideate การระดมความคิด โดยระดมสมองให้ได้แนวคิดและรูปแบบของข้อเสนอโครงการวิจัยต่างๆ อย่างอิสระ และนำมาสรุปเป็นแนวคิดใหม่ที่สอดคล้องกับความต้องการของแหล่งทุนวิจัย 4) Prototype การสร้างต้นแบบ



รูปที่ 6.1-2 แนวคิดในการออกแบบโครงการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน คือการเลือกแนวคิดที่ดีมาเขียนเป็นข้อเสนอโครงการวิจัย 5) Test การนำต้นแบบไปทดสอบ โดยนำข้อเสนอโครงการวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปส่งขอรับทุน และ 6) Implement การนำไปใช้จริง คือนำผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการทำงานที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ให้บริการจริงในวงกว้าง หมายถึงหากข้อเสนอโครงการวิจัยดังกล่าวประสบความสำเร็จ ได้รับทุน ก็จะใช้แนวทางการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยดังกล่าวขอทุนวิจัยอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(1) การนำกระบวนการไปปฏิบัติ

การนำกระบวนการไปปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบจะจัดทำขั้นตอนการทำงานและแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ของแต่ละกระบวนการ 2) กำหนดตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์ (รูป 6.1-1) เพื่อใช้ในการติดตามและควบคุมกระบวนการทำงาน 3) เตรียมบุคลากร หน่วยงาน และงบประมาณ 4) อบรมผู้ปฏิบัติงาน เพื่อชี้แจง ถ่ายทอดขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัดต่าง ๆ 5) ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติ และ 6) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เป็นระยะ ๆ ตามรายละเอียดในระบบการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินการในหมวดที่ 4

(2) กระบวนการสนับสนุน

ผู้บริหารสถาบันฯ ใช้ระบบการออกแบบและจัดการผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน (หัวข้อ 6.1) ในการออกแบบกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญเพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานของกระบวนการสนับสนุนเหล่านี้ตอบสนองต่อกระบวนการทำงานหลักและแผนกลยุทธ์ของสถาบันฯ ซึ่งแต่ละกระบวนการมีข้อกำหนดและตัวชี้วัดดังแสดงในรูปที่ 6.1-3

(3) การปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน

สถาบันฯ ปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการที่สำคัญโดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพ P-D-C-A (Plan-Do-Check-Act) เช่นกรณีข้อเสนอโครงการวิจัยที่ออกแบบโดยใช้กระบวนการ Design thinking (รูปที่ 6.1-2) แต่เมื่อส่งขอรับทุนจากแหล่งทุนกลับไม่ได้รับการอนุมัติทุน ผู้รับผิดชอบโครงการจะทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงานโดยใช้ 4 ขั้นตอนดังนี้ (รูปที่ 6.1-4) 1) Plan (การออกแบบกระบวนการทำงาน) โดยใช้เทคนิค Gaps analysis วิเคราะห์หาโอกาสในการพัฒนา และเทคนิค Root cause analysis ในการหาสาเหตุของปัญหา ที่ทำให้ข้อเสนอโครงการวิจัยนั้นไม่ได้รับทุน และระดมสมองเพื่อปรับรูปแบบของข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อเป็นการปิด Gap 2) Do (การทดสอบกระบวนการทำงาน) ส่งข้อเสนอโครงการวิจัยที่ปรับปรุง



รูปที่ 6.1-4 การปรับปรุงข้อเสนอโครงการวิจัย

รูปที่ 6.1-3 กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญของสถาบันฯ

กระบวนการสนับสนุน		ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ผลลัพธ์
Business (Research) Support process	สำนักงานจริยธรรม	โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาตามมาตรฐานจริยธรรม	FERCAP certification	7.1-20
	หน่วยกำกับดูแลกฎระเบียบงานวิจัย	ดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายระเบียบวิจัยของแหล่งทุนในและต่างประเทศ	100% Comply to regulation - Research Source document archiving	
	คลินิกวิจัย	ดำเนินการวิจัยและปฏิบัติตามหลัก Good Clinical Practice (GCP) และ Human Subject Protection (HSP)	- Participant safety - Incident Report - CRA or Monitor finding	
	ห้องปฏิบัติการ	มาตรฐานห้องปฏิบัติการและความสามารถดำเนินการวิจัยทางคลินิก	- Laboratory Accreditation, ISO15189 - DAIDS Annual Audit GCLP compliance	
		มาตรฐานห้องปฏิบัติการบริการและตรวจวิเคราะห์	- ISO17025 - มอก. 2677-2558	
		มาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ	- ISO15190, Laboratory Safety Audit - ESPRel Checklist, Incident Report	
	หน่วยควบคุมคุณภาพการวิจัย	ตรวจสอบคุณภาพการวิจัย เอกสารและบันทึกในโครงการวิจัย	100% PT Chart Review - Comply to CQMP	
	หน่วยสถิติและจัดการข้อมูลวิจัย	ข้อมูลวิจัยมีคุณภาพและมีความถูกต้อง	Real time QC of lab testing	
			Validation of data and IT application	
			% Error of data integrity	
	หน่วยเภสัชกรรม	- จ่ายยาได้ถูกต้อง - ปฏิบัติตามระเบียบวิจัย	Real time QC pharmacist	
			Study Product Inventory and Accountability	
	หน่วยชุมชนสัมพันธ์	เข้าถึง เข้าใจชุมชน	จำนวนข้อขัดแย้งของชุมชนต่อโครงการวิจัย	
		ค้นหาอาสาสมัคร	ได้อาสาสมัครตามเป้าหมาย	
Administrative support process	ด้านบริหารงานวิจัยและผลงานวิจัย	- สนับสนุนการข้อมูลแหล่งทุนและการขอรับทุน - ระบบตรวจสอบผลงานวิชาการและภาษา	Timely of research application and Manuscript submission	7.1-20
			Productivity Cycle time	
			Internal QC of Contract and financial management	
	ด้านบัญชีและพัสดุ	ปฏิบัติตาม Grant Policy ของผู้ให้ทุนและกฎกระทรวงการคลังได้ถูกต้องและทันตามกำหนด	- Financial Audit finding - Research Budget Analysis	
	ด้านทรัพยากรบุคคล	- สรรหาบุคลากร - ส่งเสริมความเชี่ยวชาญ - ก้าวหน้าในอาชีพ - สร้างความผูกพัน	Competent and Productivity	
			Job growth and Satisfaction	
			Health Checkup	
			Turnover, Vacancy	
	ด้านการจัดการสารสนเทศ	- ความปลอดภัยทาง Cyber - ปฏิบัติตามกฎหมาย - จำกัดสิทธิ์การเข้าถึง - ตรวจสอบย้อนกลับได้	DAIDS Electronic Information System Policy Compliance, ISO27001 checklist	
			Audit trail and PDPA	
			Cyber security check and monitor	
			Customer Application Development	
	ด้านการเรียนการสอน	สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา	ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อระบบสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน	

ใหม่ไปขอรับทุน 3) Check (ประเมินกระบวนการทำงาน) รวบรวมข้อมูลจากการทดสอบกระบวนการทำงาน

โดยติดตามผลการพิจารณาจัดสรรทุน และ 4) Act (นำกระบวนการทำงานไปใช้งาน) นำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้
ในการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยอื่นต่อไป โดยกระบวนการที่ปรับปรุงแล้วและให้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ จะถูก
นำมาจัดเก็บเป็นองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นแบบอย่างให้กับกระบวนการทำงานที่สำคัญอื่น ๆ

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน

สถาบันฯ จัดการเครือข่ายอุปทานโดยใช้ SIPOC model เป็นเครื่องมือ (รูปที่ 6.1-5) โดยมีขั้นตอนดังนี้
1) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ส่งมอบและคู่ความร่วมมือในแต่ละกระบวนการโดยพิจารณาจากวิสัยทัศน์ พันธ
กิจ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ ข้อกำหนดของโครงการวิจัย แนวโน้มทิศทางการวิจัย และกฎหมาย
และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ส่งมอบและคู่ความร่วมมือจะต้องมีคุณสมบัติและศักยภาพที่จะช่วยให้ผลการ
ดำเนินงานตามกระบวนการทำงานหลักของพันธกิจด้านการวิจัยเป็นไปตามเป้าหมาย เช่น เครือข่ายวิจัย

รูปที่ 6.1.5 การคัดเลือกและติดตามประเมินผลเครือข่ายอุปทาน

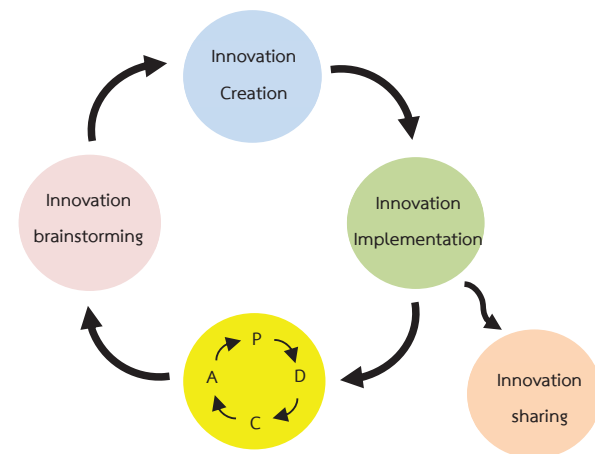
กระบวนการ	เกณฑ์การคัดเลือกผู้ส่งมอบและคู่ความร่วมมือ	การวัดและประเมินผล	การให้ข้อมูลป้อนกลับ	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
กระบวนการดำเนินการวิจัย	- มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ - มี MOU ร่วมกัน	- จำนวนโครงการวิจัย - จำนวนผลงานวิจัยตีพิมพ์	- การประชุมร่วมกัน - Email	- นักวิจัย	7.1-1 7.1-4
	- มีประสบการณ์ในการร่วมโครงการวิจัยในระดับนานาชาติ - มีมาตรฐานห้องปฏิบัติการระดับเดียวกันกับห้องปฏิบัติการสถาบันฯ	- ผลการประเมินความสามารถห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก ระดับประเทศและนานาชาติ	- การประชุมร่วมกัน - Email	- โครงการวิจัย - ห้องปฏิบัติการวิจัย	7.1-20
กระบวนการสรรหาอาสาสมัคร	- โรงพยาบาลหรือชุมชนที่มีอาสาสมัครคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดของโครงการวิจัย	- ได้อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการตามจำนวนและทันตามกรอบเวลา	- การประชุมร่วมกัน - Email	- โครงการวิจัย - คลินิกวิจัย - หน่วยชุมชนสัมพันธ์	7.1-19
กระบวนการส่งมอบเครื่องมือ - น้ำยา ที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโครงการวิจัย	- มีคุณสมบัติตาม พรบ.จัดซื้อจัดจ้าง - ตามข้อกำหนดของโครงการวิจัยและแหล่งทุน - ส่งมอบได้ตาม ข้อกำหนดมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ	- สินค้าและบริการมีคุณภาพมาตรฐาน - ส่งมอบตามเวลา - การประกันคุณภาพและบริการหลังการขาย	- Email - Face to Face	- ห้องปฏิบัติการ - ฝ่ายการเงินและพัสดุ	7.1-28
	- ประสิทธิภาพ และ สมรรถนะของผู้รับมอบอำนาจดำเนินการนำเข้า (Shipping, Courier) ยาวิจัย อุปกรณ์ทางการแพทย์ และ น้ำยาชุดตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	- ดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงและ สินค้าไม่ได้รับความเสียหาย	- Email - โทรศัพท์ - Face to Face	- ห้องยา - ห้องปฏิบัติการ - ฝ่ายการเงินและพัสดุ	7.1-28
กระบวนการรับนักศึกษา	- มหาวิทยาลัยที่มีหลักสูตรปริญญาตรี international	- มีบัณฑิตสมัครเรียนในหลักสูตรของสถาบันฯ	- Online meeting - Email	- สำนักวิชาฯ	7.1-24

ACTG และ IMPAACT กำหนดให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายเป็นผู้ส่งมอบอาสาสมัครผู้ร่วมโครงการวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดของโครงการวิจัยและตามเวลาที่โครงการวิจัยกำหนด 2) ผู้รับผิดชอบจะจัดการประชุมร่วมกับผู้ส่งมอบและคู่ความร่วมมือในรูปแบบต่างๆ เพื่อสื่อสารแผนกลยุทธ์ กำหนดขอบเขตกระบวนการทำงาน จุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบกระบวนการ และจัดทำแนวทางปฏิบัติหรือ SOP ประกอบการดำเนินการเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน 3) จัดการประชุมเพื่อติดตามผลดำเนินการร่วมกันเป็นระยะ เพื่อประเมินปัญหาที่อาจมีและวางแผนแก้ปัญหาได้ทันเวลา เช่นหากประเมินว่าอาจไม่ได้จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการตามที่กำหนดได้ทันเวลา หรือคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการไม่ตรงเกณฑ์การตามกำหนด ต้องเร่งขยายเครือข่ายอุปทานใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 4) แก้ไขปัญหาร่วมกันเมื่อผู้ส่งมอบหรือคู่ความร่วมมือมีความผิดพลาดในการส่งมอบบ่อยครั้งทำให้ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ หากยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็จะยุติความร่วมมือและคัดเลือกผู้ส่งมอบหรือคู่ความร่วมมือรายใหม่ 5) จัดการประชุมเชิงวิชาการร่วมกันปีละครั้งเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ความร่วมมือระยะยาวและกระบวนการพัฒนาร่วมกัน และ 6) ถอดบทเรียนคุณสมบัติของผู้ส่งมอบหรือคู่ความร่วมมือที่สามารถหรือไม่สามารถส่งมอบได้ตามกำหนดเพื่อนำมาออกแบบในกระบวนการหาเครือข่ายอุปทานต่อไป

ง. การจัดการโอกาสสร้างนวัตกรรม

ผู้บริหารสถาบันฯ กำหนดให้ Innovation เป็น 1 ในค่านิยม 5 ประการขององค์กร (หัวข้อ P1ก.(2) หมวดโครงสร้างองค์กร) และถ่ายทอดนโยบายการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมให้แก่บุคลากรทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นนวัตกรรมวิจัย นวัตกรรมกระบวนการ หรือนวัตกรรมกระบวนการทัศน์ โดยแต่งตั้งและมอบหมายให้คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้และนวัตกรรมเป็นผู้รับผิดชอบระบบการจัดการนวัตกรรม (รูปที่ 6.1-6) เพื่อสนับสนุนการสร้างและการจัดการนวัตกรรมของสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) กำหนดให้มีการระดมสมองเกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรม (Innovation brainstorm) ในขั้นตอนการทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินงานของกระบวนการทำงานที่สำคัญ 2) นำนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการระดมสมองดังกล่าวมาทำการประเมินผลได้ผลเสียอย่างรอบด้าน (intelligence risk) และเลือกนวัตกรรมที่น่าลงทุนไปกำหนดเป็นโอกาสเชิงกลยุทธ์ของสถาบันฯ (Innovation creation) 3) ผู้บริหารสถาบันฯ ให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ เพื่อให้สามารถนำนวัตกรรมไปใช้ได้ทันที (Innovation implementation) โดยใช้หลักการทดลองทำโดยไม่หวังว่าต้องประสบความสำเร็จทุกครั้ง 4) ใช้กระบวนการ P-D-C-A ในการประเมินผลสำเร็จของนวัตกรรม และนำไปใช้ในกระบวนการทำงานนั้น ๆ รวมทั้งการพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง 5) นำเสนอนวัตกรรมและถอดบทเรียนแบ่งปันกับหน่วยงานอื่น ๆ ภายในสถาบันฯ (Innovation sharing) ในงานการจัดการเรียนรู้และนวัตกรรมประจำปี โดยให้บุคลากรรับรู้และมีโอกาสแสดงความคิดเห็นเพื่อเป็นการสร้างวัฒนธรรมให้เห็นความสำคัญของการสร้างนวัตกรรม ให้ความร่วมมือและยึดเป็นแนวปฏิบัติ และ 6) ทบทวนและติดตามผลงาน

ด้านนวัตกรรมทุก 6 เดือน เพื่อให้เกิดความสามารถในการแข่งขันและเพื่อวางแผนปรับปรุงระบบการจัดการนวัตกรรม



รูปที่ 6.1-6 ระบบการจัดการนวัตกรรม

คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้และนวัตกรรมจัดการประชุมสัมมนาการจัดการเรียนรู้และนวัตกรรมประจำปี (KM and Innovation Day) โดยให้มีการประกวดนวัตกรรมและมอบรางวัลนวัตกรรมแห่งปี (Innovation of the year award) ให้แก่บุคลากร/หน่วยงานที่เป็นผู้สร้างนวัตกรรมที่ชนะเลิศในการประกวด รวมทั้งส่งเสริมให้นำนวัตกรรมไปนำเสนอและแข่งขันในงานประกวดนวัตกรรมที่จัดโดยหน่วยงานภายนอก และนำเสนอผู้บริหารสถาบันฯ เพื่อนำผลงานในการสร้างนวัตกรรมไปเป็นหนึ่งในเกณฑ์พิจารณาการขึ้นเงินเดือนประจำปีของบุคลากร (รูปที่ 7.4-12)

6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

สถาบันฯ ใช้แนวคิด Lean Six Sigma ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) **Define** การค้นหากระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ขั้นตอนการขออนุมัติดำเนินการวิจัยที่มากเกินไป กระบวนการขออนุมัติทางจริยธรรมที่ล่าช้า ขั้นตอนการตั้งเบิกงบประมาณวิจัยที่ซ้ำซ้อน บุคลากรขาดความชำนาญ เป็นต้น 2) **Measure** การหาตัวชี้วัดความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเหล่านั้น 3) **Analyze** การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง 4) **Improve** การปรับปรุงกระบวนการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และ 5) **Control** การนำไปสู่กระบวนการทำงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการใช้แนวคิดดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ ๆ หลายด้าน เช่น มาตรฐานของการสนับสนุนการวิจัยที่พัฒนาจนได้รับการรับรองในระดับสากล ระบบสนับสนุนด้านห้องปฏิบัติการโดยใช้ระบบสารสนเทศ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่ช่วยลดเวลาและขั้นตอนการทำงานที่ยุ่งยากซ้ำซ้อน กระบวนการดูแลอาสาสมัครโครงการวิจัยอย่างครบวงจร การประกันคุณภาพการวิจัยในทุกหน่วยงาน และการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เป็นต้น กรณีที่ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายสถาบันฯ จะใช้แนวคิด P-D-C-A ในการแก้ไขปรับปรุงกระบวนการต่อไป

ข. ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์

ผู้บริหารสถาบันฯ มอบหมายให้หน่วยงาน ICT ของสถาบันฯ รับผิดชอบระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ (รูปที่ 6.2-1) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและอ่อนไหวมีความปลอดภัยและมีการป้องกันภัยบนโลกไซเบอร์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) การกำหนดข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและอ่อนไหวขององค์กรซึ่งต้องมีการรักษาความปลอดภัยอย่างเต็มที่ ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนของอาสาสมัครและผู้ป่วย ข้อมูลของโครงการวิจัย ข้อมูลด้านการเงินการคลัง ข้อมูลบุคลากร ฯลฯ 2) กำหนดวิธีการในการจัดการให้ระบบสารสนเทศมีความปลอดภัยและการป้องกันภัยบนโลกไซเบอร์ 3) กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายของแต่ละวิธีการ 4) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ ทุก 6 เดือน และ 5) ทบทวนและปรับปรุง ระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศเป็นประจำปีละ 1 ครั้ง

รูปที่ 6.2-1 การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศและการป้องกันภัยบนโลกไซเบอร์

ข้อมูลสารสนเทศ	วิธีการ/แนวทาง	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ	การจำกัดสิทธิ์ของผู้ใช้ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ	ร้อยละของผู้ใช้ที่สามารถเข้าใช้สารสนเทศได้ตามตามสิทธิ์ที่กำหนด	100%	7.3-17
		จำนวนครั้งที่มีการละเมิดข้อมูลและการเข้าถึงสารสนเทศ	<2 ครั้งต่อปี	7.3-17
	การกำหนดรหัสผ่านและการใช้ระบบ RIHES Authentication	ร้อยละของผู้ใช้ที่มีการ update password ทุก 180 วัน	100%	7.3-17
	การใช้อุปกรณ์และมีมือถือส่วนบุคคลเพื่อเชื่อมต่อกับเครือข่ายของสถาบันฯ ต้องผ่านการอนุมัติจากหน่วยงาน ICT ก่อน	ร้อยละของอุปกรณ์และมีมือถือผ่านการอนุมัติจากหน่วย ICT	100%	7.3-17
	การใช้ Two or Multi factor authentication	ร้อยละของบุคลากรสถาบันฯ ที่ใช้ Two or Multi factor authentication	100%	7.3-17
	จำกัดการเข้าถึง Server โดยบุคคลภายนอก	จำนวนบุคคลภายนอกที่เข้าถึง Server	0	7.3-17
	การ Backup ข้อมูลและระบบทุกวัน	จำนวนครั้งที่ Backup ข้อมูลไม่สมบูรณ์	0	7.1-26
	จัดเก็บข้อมูลใน Server สำรอง เพื่อให้สามารถนำมาใช้งานได้ทันทีถ้า Server หลักมีปัญหา	จำนวนครั้งที่ไม่สามารถกู้คืนระบบได้ภายในเกิน 8 ชั่วโมง	0	7.3-17
การป้องกันภัยบนโลกไซเบอร์	การฝึกซ้อมการกู้ระบบและข้อมูล	จำนวนครั้งที่ฝึกซ้อมการกู้ระบบและข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง	7.3-17
	การใช้ Firewall และการตรวจจับการโจมตีทางไซเบอร์ตลอด 24 ชั่วโมงโดยใช้ Intrusion Prevention system	การยับยั้งการบุกรุกได้ในทันที	≥99.9%	7.3-17
		ร้อยละที่ทำการ Update ระบบให้ทันสมัยตลอดเวลา	100%	7.3-17
	การฝึกซ้อมและตรวจสอบภายในโดยใช้ ISO27001 Checklist	มีการฝึกซ้อมและตรวจสอบภายในโดย ISO27001 Checklist	ปีละ 1 ครั้ง	7.3-17
	การประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของฐานข้อมูลและการถูกโจมตีทางไซเบอร์	มีการประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของฐานข้อมูลและการถูกโจมตีทางไซเบอร์	ปีละ 1 ครั้ง	7.3-17

ค. ความปลอดภัย ความต่อเนื่องของธุรกิจ และความสามารถในการฟื้นตัว

(1) ความปลอดภัย

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเป็นผู้รับผิดชอบ ระบบการจัดการความปลอดภัยและการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (รูปที่ 6.2-2) เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยทั้งสำหรับบุคลากรและบุคคลอื่น โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของบุคลากรและบุคคลอื่นที่เข้ามาภายในสถานที่ 2) ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานดังกล่าว 3) หาวิธีการ/แนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ 4) กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามผลการดำเนินการ 5) อบรมบุคลากรและดำเนินการตามวิธีการ/แนวทางที่กำหนด 6) ติดตาม ประเมิน และปรับปรุงกระบวนการทำงานที่ปลอดภัยให้ดียิ่งขึ้นตามความถี่ที่กำหนด และ 7) ประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการความปลอดภัยปีละ 1 ครั้ง

รูป 6.2-2 ระบบการจัดการความปลอดภัยและการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

ความปลอดภัยด้านต่าง ๆ	แนวทาง/วิธีการป้องกัน	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ความถี่	ผลลัพธ์
ความปลอดภัยของอาคารสถานที่ทำงาน	ระบบสแกนใบหน้า/นิ้วมือ	จำนวนผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาตเข้าในอาคาร	ทุก 1 เดือน	7.3-17
	การติดตั้งกล้องวงจรปิด (CCTV)	ข้อร้องเรียนเรื่องความปลอดภัยต่างๆ	ทุก 1 เดือน	
การเกิดสาธารณภัยต่าง ๆ เช่น ไฟไหม้ แผ่นดินไหว น้ำท่วม โรคระบาด สงคราม ฯลฯ	การอบรมความปลอดภัยจากสาธารณภัย	จำนวนบุคลากร/นักศึกษาที่ได้รับการอบรมความปลอดภัยจากสาธารณภัย	ปีละ 1 ครั้ง	
	การตรวจสอบทางออกและบันไดฉุกเฉิน	ความพร้อมของทางออกและบันไดฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	
	การตรวจสอบอุปกรณ์ความปลอดภัย	ความพร้อมของอุปกรณ์ความปลอดภัย	ทุก 1 เดือน	
ความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ ในที่ทำงาน	จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน	ทุก 1 เดือน	
	การตรวจสุขภาพให้แก่บุคลากร	จำนวนบุคลากรที่เข้าตรวจสุขภาพประจำปี	ทุก 2 ปี	
	การติดตั้งเครื่องฟอกอากาศในอาคารสถาบันฯ	ระดับ PM2.5 ภายในอาคารสถาบันฯ	ทุก 1 เดือน	
	การทำคู่มือแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ	ปีละ 1 ครั้ง	
	การทำคู่มือแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการปฏิบัติงาน	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมคู่มือ	ปีละ 1 ครั้ง	
	การอบรมการใช้อุปกรณ์ก่อนเริ่มทำงาน	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรม	ตอนเริ่มงาน	
	การกำจัดขยะติดเชื้อ ขยะสารเคมี ขยะกัมมันตภาพรังสี และขยะอิเล็กทรอนิกส์	จำนวนครั้งที่กำจัดขยะไม่ถูกต้อง	ทุก 1 เดือน	
	การตรวจสอบอุปกรณ์ความปลอดภัยต่าง ๆ	ความพร้อมของอุปกรณ์ความปลอดภัย	ทุก 1 เดือน	

(2) ความต่อเนื่องของธุรกิจและความสามารถในการฟื้นตัว

เพื่อให้สถาบันฯ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องแม้จะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้จัดทำแผนการเตรียมพร้อม ตอบสนอง และการฟื้นฟูจากภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน รวมถึงความพลิกผันทางธุรกิจต่าง ๆ ดังนี้

(1) การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ที่อาจส่งผลให้เกิดการหยุดการดำเนินการของสถาบันฯ ได้แก่

1) การเกิดภัยพิบัติต่าง ๆ เช่น ไฟไหม้ แผ่นดินไหว น้ำท่วม โรคระบาด สงคราม เป็นต้น (รูปที่ 6.2-2)

- 2) การโจมตีทางไซเบอร์ (รูปที่ 6.2-1)
- 3) ภาวะพลิกผันทางธุรกิจที่อาจทำให้การดำเนินการของสถาบันฯ หยุดชะงัก เช่น การเปลี่ยนทิศทางการวิจัยของโลก การยุติการสนับสนุนทุนวิจัยของแหล่งทุนต่าง ๆ การหยุดกิจการของพันธมิตร ผู้ส่งมอบ และผู้ให้ความร่วมมือ เป็นต้น
- (2) การตอบสนองในขณะเกิดเหตุการณ์ ให้คำนึงถึงความปลอดภัยในชีวิตของตนเองและผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลในขณะนั้นก่อนเสมอ เช่น อาสาสมัคร นักศึกษา ผู้มาติดต่อ หรือผู้รับบริการ แล้วรีบรายงานผู้บังคับบัญชาขั้นต้นและผู้บริหารสถาบันฯทันที
- (3) การฟื้นฟูและกู้คืนภายหลังเหตุการณ์ คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง สถาบันฯ จะดำเนินการให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้เกี่ยวข้องสำรวจความเสียหายและการประเมินผลกระทบในด้านต่างๆ และจัดทำแผนการฟื้นฟูและกู้คืน โดยกระบวนการทั้งหมดจะดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ เพื่อให้บุคลากร และ ลูกคามีความมั่นใจต่อการดำเนินงานวิจัยที่ดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและคุณภาพเช่นเดิม

สถาบันฯ มีความสามารถในการดำเนินการวิจัยแม้จะอยู่ในช่วงที่เกิดภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน หรือความพลิกผันทางธุรกิจ ด้วยสถาบันฯ มีอาคาร 3 แห่ง ตั้งอยู่ในต่างพื้นที่ เช่นเดียวกับคลินิกวิจัยของสถาบันฯ ที่ตั้งอยู่ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยทั้งอาคารและคลินิกเหล่านี้มีมาตรฐานการปฏิบัติงานในระดับเดียวกัน ดังนั้นหากเกิดภัยพิบัติที่ทำให้ไม่สามารถใช้งานสถานที่ใดสถานที่หนึ่งได้ บุคลากรก็สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่อาคารอื่นทดแทนได้อย่างต่อเนื่อง

หากสถาบันฯ ถูกโจมตีทางไซเบอร์ โดย Server หลักไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ดูแลระบบสารสนเทศของสถาบันฯ สามารถนำระบบ Server สำรองมาใช้งานได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง

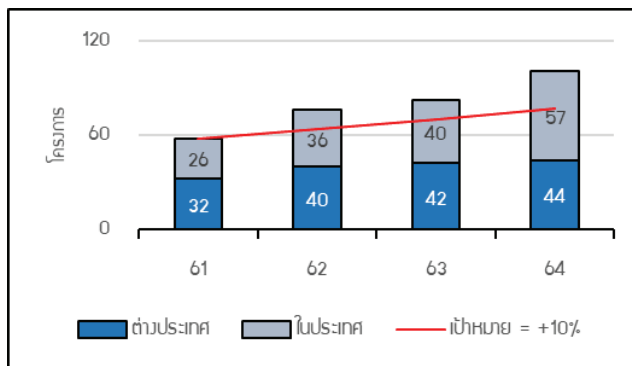
หากเกิดความพลิกผันทางธุรกิจ สถาบันฯ มีเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและระหว่างมหาวิทยาลัย หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เครือข่ายวิจัย พันธมิตร ผู้ส่งมอบ และผู้ให้ความร่วมมือ ที่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกระบวนการวิจัย รวมถึงเครื่องมืออุปกรณ์วิจัย และเครื่องมือห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

หมวด 7 ผลลัพธ์

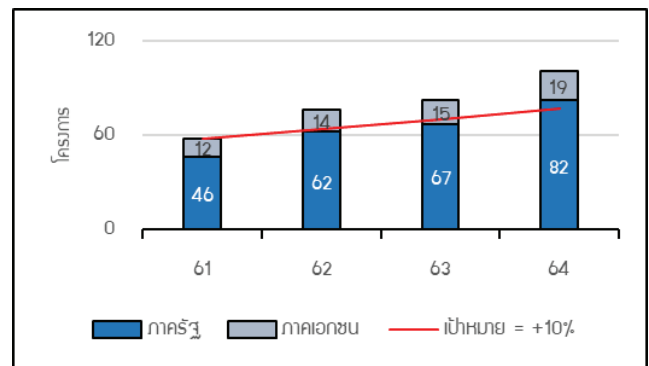
7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

ก. ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการที่มุ่งเน้นลูกค้า

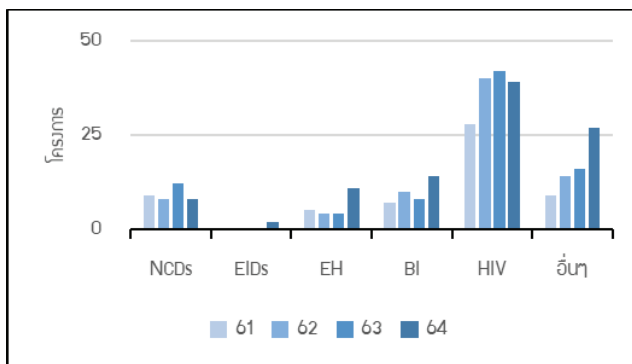
สถาบันฯ มีพันธกิจหลักในการดำเนินงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตามความคาดหวังและความต้องการของลูกค้ากลุ่มต่างๆ ทั้งในประเทศ ต่างประเทศ ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีการดำเนินโครงการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเกินกว่าเป้าหมายทุกปี (7.1-1 และ 7.1-2) มีการให้บริการวิจัยในสาขาที่เป็นความต้องการ โดยเฉพาะในงานวิจัยทิศทางใหม่ของสถาบัน ทั้งในด้าน NCDs, EIDs, EH และ BI ซึ่งมีสัดส่วนของโครงการที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการเพิ่มสูงขึ้น (7.1-3) และด้วยระบบงานสนับสนุนงานวิจัยที่เข้มแข็ง ประกอบกับกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการ ส่งผลให้สถาบันฯ สามารถส่งมอบผลิตภัณฑ์เป็นผลงานการตีพิมพ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (7.1-4) โดยมีสัดส่วนของผลงานวิจัยทิศทางใหม่เพิ่มขึ้นจาก 40% ในปี 2562 เป็น 54% ในปี 2564 และในช่วงเพียง 8 เดือน ของปี 2565 มีผลงานคิดเป็น 45% ของเป้าหมาย (7.1-6) ผลงานตีพิมพ์มากกว่า 60% ถูกเผยแพร่ในวารสารนานาชาติที่มีคุณภาพสูง (Q1) (7.1-7) ส่งผลทำให้มีการนำผลงานไปอ้างอิงทางวิชาการเพิ่มมากขึ้น (7.1-8) อย่างไรก็ตามยังขาดความต่อเนื่องในการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านพาณิชย์ นโยบาย หรือสาธารณะ ตามนิยามของ CMU-RL (7.1-8)



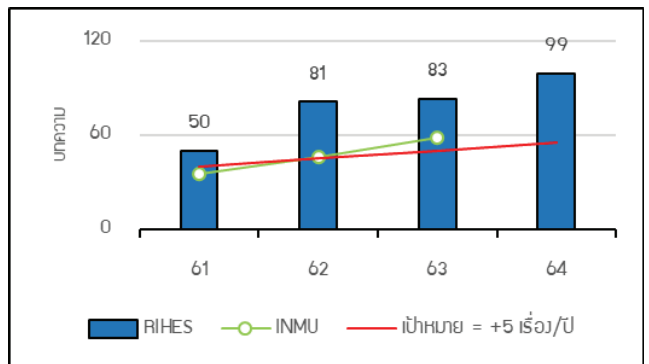
รูปที่ 7.1-1 จำนวนโครงการวิจัยจากแหล่งทุนต่างๆ



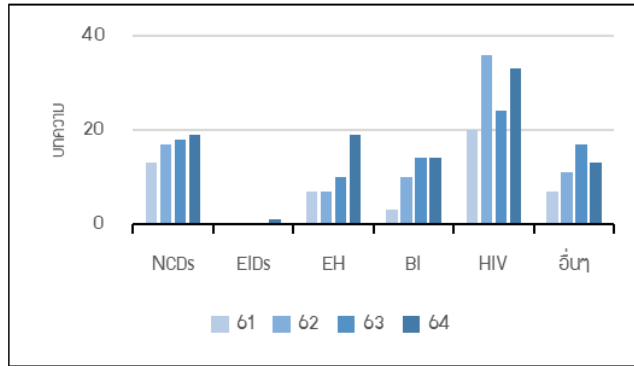
รูปที่ 7.1-2 จำนวนโครงการวิจัยจากภาครัฐและเอกชน



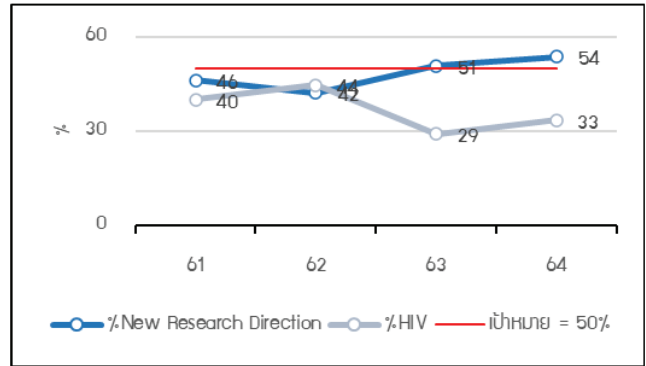
รูปที่ 7.1-3 จำนวนโครงการวิจัย จำแนกตามทิศทางวิจัย



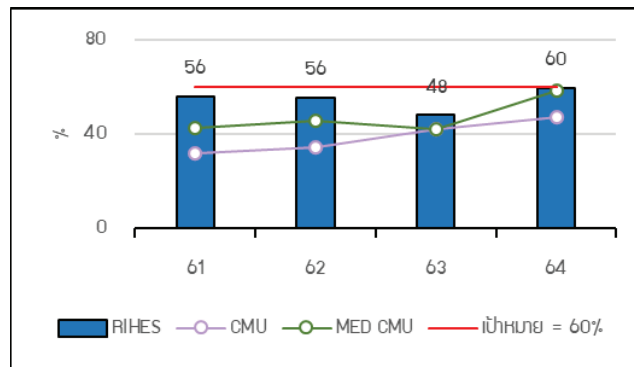
รูปที่ 7.1-4 จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS



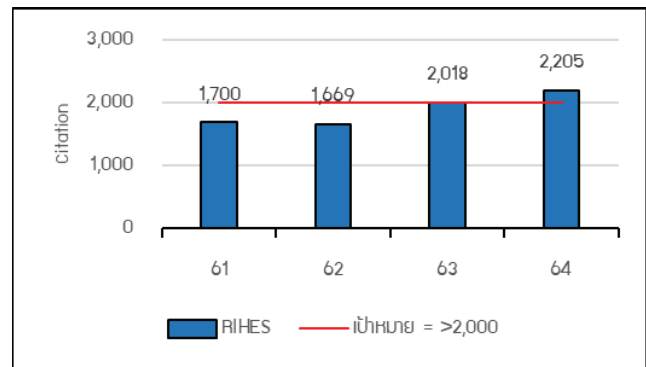
รูปที่ 7.1-5 ผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS จำแนกตามทิศทางการวิจัย



รูปที่ 7.1-6 ผลงานตีพิมพ์ใน 4 ทิศทางวิจัยใหม่ และ HIV



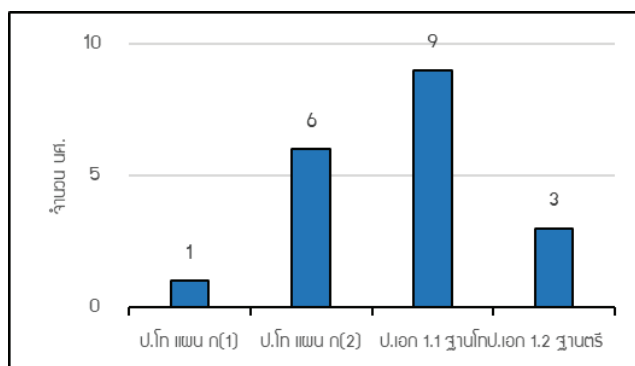
รูปที่ 7.1-7 ร้อยละของผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS Q1



รูปที่ 7.1-8 จำนวนการอ้างอิงผลงานวิจัย (Citation)

รูปที่ 7.1-9 จำนวนการขอใช้ประโยชน์จากงานวิจัยและจดแจ้งทรัพย์สินทางปัญญา

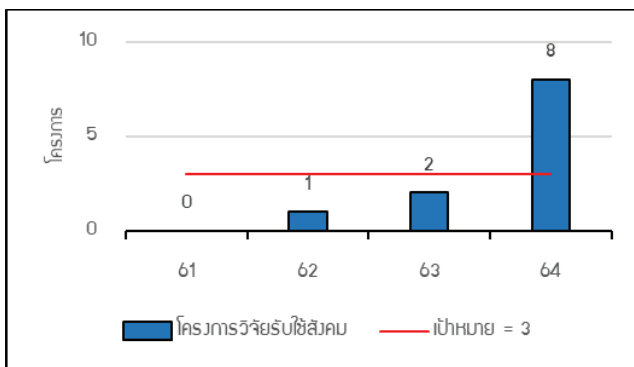
ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย	เป้าหมายปี 65	63	64	65
CMU-RL 4-7	2	1	1	0
CMU-RL 8-9	1	0	1	0
IP	1	1	2	1



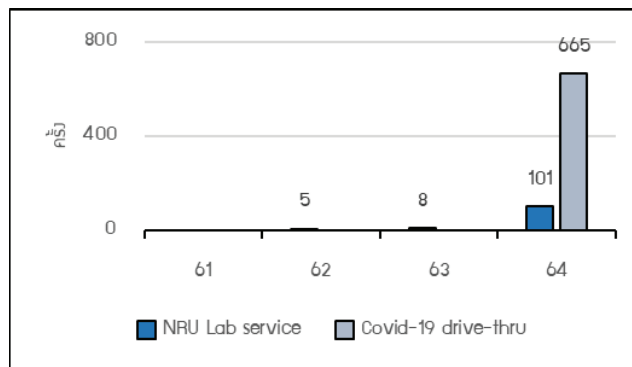
รูปที่ 7.1-10 จำนวนนักศึกษาในปีการศึกษา 2565

จากการวิเคราะห์โอกาส และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ นำไปสู่โอกาสเสี่ยงที่นำลงทุนของสถาบันในด้านการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรนานาชาติ ซึ่งเริ่มเปิดการศึกษาในปี 2565 เป็นปีแรก เฉพาะในภาคการศึกษาที่ 1 สถาบันได้รับการตอบรับและมีนักศึกษาเข้าเรียนในครบทุกแผนการศึกษา จำนวนผู้เรียนคิดเป็น 52% ของเป้าหมาย (7.1-10)

สถาบันฯ นำองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทรัพยากร มาพัฒนาเป็นโครงการวิจัยรับใช้สังคมที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ การจัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการ เป็นต้น รวมทั้งได้รับความไว้วางใจให้ดำเนินโครงการสำคัญของประเทศ เช่น โครงการ U2T ที่มีส่วนช่วยในการสร้างอาชีพ และยกระดับรายได้ของประชาชน ซึ่งช่วยสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับประชาชนในท้องถิ่นและหน่วยงานภาคสังคมต่างๆ (7.1-11) รวมทั้งการเปิดให้บริการวิเคราะห์และทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อแสวงหารายได้อื่นๆ นอกเหนือจากทุนวิจัย (7.1-12)



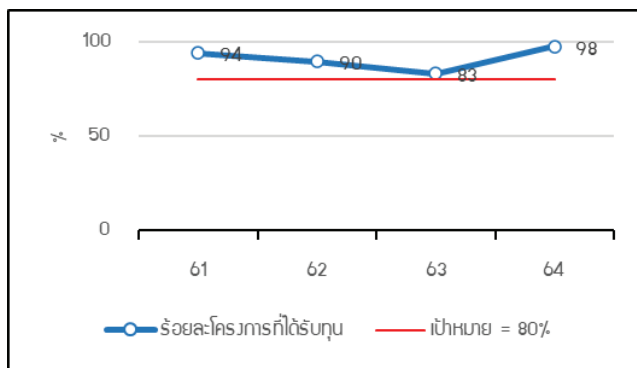
รูปที่ 7.1-11 จำนวนโครงการวิจัยรับใช้สังคม



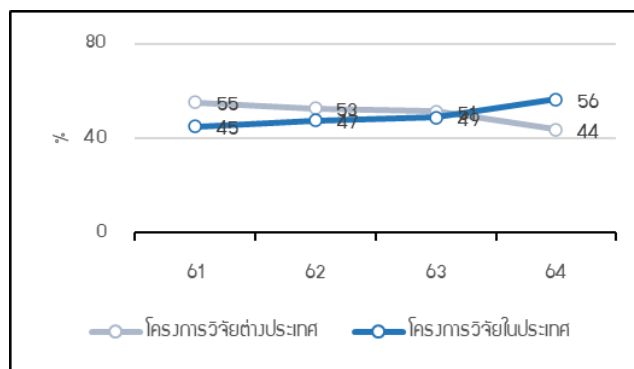
รูปที่ 7.1-12 จำนวนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ

ข. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงาน

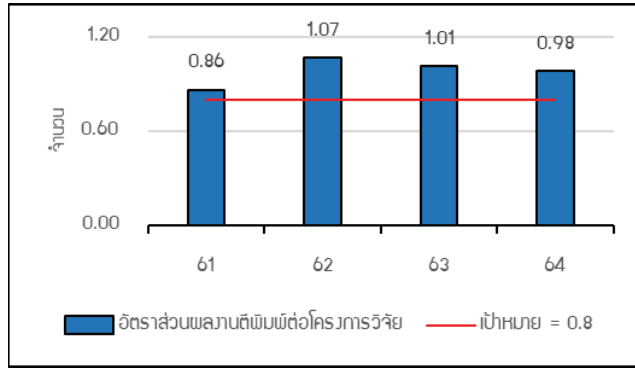
(1) ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินงานวิจัย สถาบันฯ มุ่งพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการทำงานในทุกพันธกิจ โดยเฉพาะในด้านการวิจัย สถาบันฯ พัฒนาปรับปรุงกระบวนการในการแสวงหาแหล่งทุน ทำให้มีร้อยละของข้อเสนอโครงการที่ได้รับการอนุมัติดำเนินการสูงกว่าเป้าหมาย (7.1-13) โดยมีแนวโน้มการดำเนินโครงการวิจัยที่ได้รับทุนภายในประเทศมากขึ้น (7.1-14) มีอัตราการผลิตผลงานวิจัยต่อโครงการวิจัย อยู่ประมาณ 1 เรื่องต่อโครงการ (7.1-15) สามารถเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง โดยเป็น SCOPUS Q1 มากกว่า 60% (7.1-16) และผลงาน Q1 + Q2 ไม่น้อยกว่า 80% (7.1-17) ส่งผลให้อัตราการอ้างอิงต่อนักวิจัยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (7.1-18)



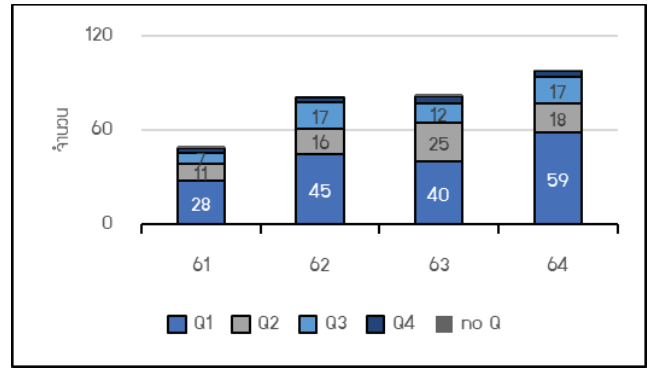
รูปที่ 7.1-13 ร้อยละของข้อเสนอโครงการที่ได้รับทุน



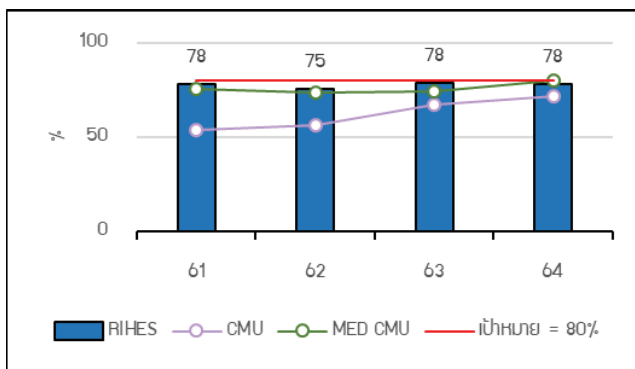
รูปที่ 7.1-14 ข้อเสนอโครงการที่ได้รับทุนจากในประเทศและต่างประเทศ



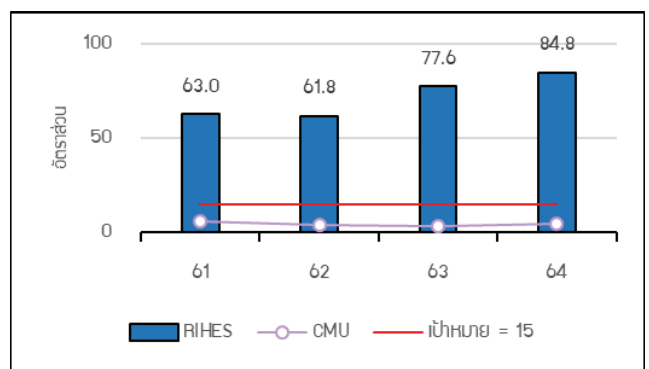
รูปที่ 7.1-15 อัตราส่วนผลงานตีพิมพ์ต่อโครงการวิจัย



รูปที่ 7.1-16 ร้อยละของผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน SCOPUS Q1



รูปที่ 7.1-17 ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน SCOPUS Q1+Q2



รูปที่ 7.1-18 อัตราส่วนของ Citation ต่อนักวิจัย

รูปที่ 7.1-19 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของ NIH ของ CTU

รายการข้อมูล		61	62	63	64
Retention Rate	RIHES	100%	100%	100%	100%
	Standard	90%	90%	90%	90%
Entry Criteria Met	RIHES	100%	100%	100%	100%
	Standard	95%	95%	95%	95%
Informed Consent Signed	RIHES	100%	100%	100%	100%
	Standard	100%	100%	100%	100%
Cryopreservation Proficiency Assessment	RIHES	Certified	Certified	Certified	Certified
	Standard	Certified	Certified	Certified	Certified
Timeliness of EAE Reporting	RIHES	100%	100%	100%	100%
	Standard	100%	100%	100%	100%
Source Documentation Adequacy	RIHES	100%	100%	100%	100%
	Standard	95%	95%	95%	95%
Clinical Endpoint Determination	RIHES	100%	100%	100%	100%
	Standard	95%	95%	95%	95%
Annual Site performance report		92%	100%	100%	100%
เป้าหมาย = >90%		90%	90%	90%	90%

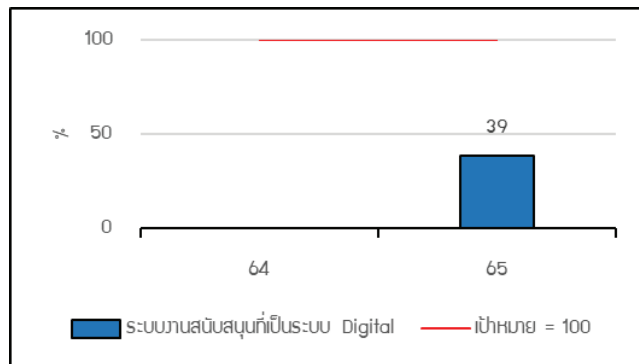
ผลการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานของหน่วยวิจัยนานาชาติ (CTU-NIH) มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพเฉพาะ 7 ตัวชี้วัดสำคัญ ซึ่งสถาบันฯ สามารถดำเนินงานผ่านมาตรฐานที่แหล่งทุนกำหนดครบทุกตัวชี้วัด และมีผลการดำเนินงานสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทุกหน่วยทั่วโลก (7.1-19) กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญของสถาบันมี 13 กระบวนการย่อย ซึ่งแต่ละกระบวนการจะมีตัวชี้วัดสำคัญที่สถาบันมีการติดตามและรายงานผล ให้ผู้บริหารทราบ เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม (7.1-20) ส่งผลให้สถาบันได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการทำงานวิจัยจาก NIH อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 40 ปี

รูปที่ 7.1-20 ผลลัพธ์กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญของสถาบันฯ

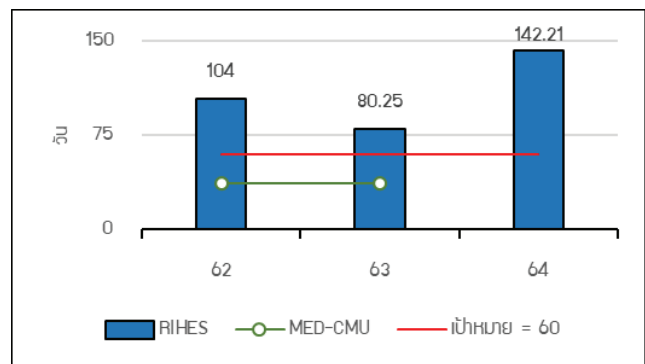
กระบวนการสนับสนุน	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ผลลัพธ์ ปี 65
Business (Research) Support process	สำนักงานจริยธรรม	โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาตามมาตรฐานจริยธรรม	FERCAP certification ผ่านการรับรอง
	หน่วยกำกับดูแลกฎระเบียบงานวิจัย	ดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎระเบียบวิจัยของแหล่งทุนในและต่างประเทศ	● 100% Comply to regulation ● Source document archiving 100%
	คลินิกวิจัย	ดำเนินการวิจัยและปฏิบัติตามหลัก Good Clinical Practice (GCP) และ Human Subject Protection (HSP)	● Participant safety ● Incident Report ● CRA or Monitor finding 100% 100% 100%
	ห้องปฏิบัติการ	มาตรฐานห้องปฏิบัติการและความสามารถดำเนินการวิจัยทางคลินิก	● Laboratory Accreditation, ISO15189 ● DAIDS Annual Audit GCLP compliance ผ่านการรับรอง 100% GCLP compliance
		มาตรฐานห้องปฏิบัติการบริการและตรวจวิเคราะห์	● ISO17025 ● มอก. 2677-2558 อยู่ระหว่างดำเนินการ ผ่านการรับรอง
		มาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ	● ISO15190, Laboratory Safety Audit ● ESPRel Checklist ● Incident Report ผ่านการรับรอง ผ่านการประเมิน ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น
	หน่วยควบคุมคุณภาพการวิจัย	ตรวจสอบคุณภาพการวิจัย เอกสารและบันทึกในโครงการวิจัย	● 100% PT Chart Review 100%
			● Comply to CQMP 100% CQMP compliance
	หน่วยสถิติและจัดการข้อมูลวิจัย	ข้อมูลวิจัยมีคุณภาพและมีความถูกต้อง	● Real time QC of lab testing 100% Real time QC
			● Validation of data 100% Validation
			● % Error of data integrity % Error = 0.18%
	หน่วยเภสัชกรรม	● จ่ายยาได้ถูกต้อง ● ปฏิบัติตามระเบียบวิจัย	● Real time QC pharmacist 100% Real time QC
			● Study Product Inventory and Accountability 100% Protocol Compliance
	หน่วยชุมชนสัมพันธ์	เข้าถึง เข้าใจชุมชน	● จำนวนข้อขัดแย้งของชุมชนต่อโครงการวิจัย ไม่พบข้อขัดแย้ง
		ค้นหาอาสาสมัครร่วมกับคลินิกวิจัย	● ได้อาสาสมัครตามเป้าหมาย (NIH Study) ได้อาสาสมัคร 81.05%
Admi	ด้านบริหารงานวิจัยและผลงานวิจัย	● สนับสนุนการข้อมูลแหล่งทุนและการขอรับทุน	● Productivity Cycle time for Publication Proof 8.2 วัน

กระบวนการสนับสนุน	ข้อกำหนดที่สำคัญ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ผลลัพธ์ ปี 65
	ระบบตรวจสอบผลงานวิชาการและภาษา	Internal QC of Contract and financial management	ผ่านการตรวจสอบทุกโครงการ (100%)
ด้านบัญชีและพัสดุ	ปฏิบัติตามข้อกำหนดของผู้ให้ทุนและกระทรวงการคลังได้ถูกต้อง	Financial Audit finding	ผ่านการตรวจสอบ
ด้านทรัพยากรบุคคล	- สรรหาบุคลากร - ส่งเสริมความเชี่ยวชาญ - ก้าวหน้าในอาชีพ - สร้างความผูกพัน	Competent and Productivity	ผ่านการอบรมแนวปฏิบัติการทำงานของสถาบันฯ
		Job growth and Satisfaction	ความก้าวหน้าในวิชาชีพ บุคลากรประจำ/ชั่วคราว 71.71%/65.14%
		Health Checkup	100%
		Turnover, Vacancy	บุคลากรประจำ/บุคลากรชั่วคราว 7.32%/13.70%
ด้านการจัดการสารสนเทศ	- ความปลอดภัยทาง Cyber - ปฏิบัติตามกฎหมาย - จำกัดสิทธิ์การเข้าถึง - ตรวจสอบย้อนกลับได้	DAIDS Electronic Information System Policy Compliance, ISO27001 checklist	100%
		Audit trail and PDPA	อยู่ระหว่างพัฒนาระบบ
		Cyber security check and monitor	100%
		Customer Application Development	อยู่ระหว่างพัฒนาระบบ
ด้านการเรียนการสอน	สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา	ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อระบบสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน	คะแนน 4.3

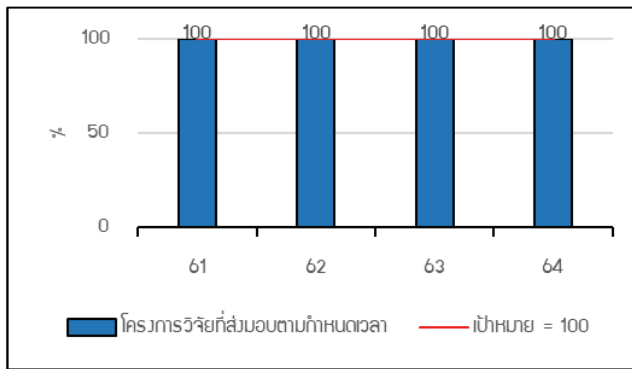
สถาบันฯ มีการปรับปรุงระบบงานมาเป็น digital platform มากขึ้น (7.1-21) แม้ว่าเวลาการพิจารณาจริยธรรมวิจัยจะนานกว่าเป้าหมาย (7.1-22) แต่ด้วยกระบวนการสนับสนุนอื่นๆ ที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โครงการวิจัยสามารถดำเนินงานและส่งมอบผลลัพธ์ได้ทันเวลาตามแผนวิจัย (7.1-23) ในด้านการเรียนการสอนสามารถรับนักศึกษาโดยเฉพาะในหลักสูตร ป.เอก เกินเป้าหมายที่กำหนด (7.1-24)



รูปที่ 7.1-21 ร้อยละของระบบงานสนับสนุนที่เป็นระบบ Digital



รูปที่ 7.1-22 ระยะเวลาเฉลี่ยในการพิจารณาจริยธรรมแบบ Full board



รูปที่ 7.1-23 ร้อยละของโครงการวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จทันเวลาตามแผน

รูปที่ 7.1-24 ร้อยละของนักศึกษาที่ลงทะเบียนในหลักสูตรเทียบกับแผนรับนักศึกษา

ระดับ	ป.โท	ป.เอก
แผนรับ	25	10
ลงทะเบียน	7	12
% ของแผน	28%	120%
เป้าหมาย	100%	100%

(2) ความปลอดภัยและการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน สถาบันฯ ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานภายใต้แนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบที่จะเกิดผลิตภัณฑ์ที่จะส่งมอบลูกค้า ทั้งการพัฒนาระบบไฟฟ้าสำรองของห้อง freezer farm สำหรับป้องกันสิ่งส่งตรวจต่างๆ เสียหาย หากไฟฟ้าดับ มีการจัดกิจกรรมเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ โดยมีบุคลากรเข้าร่วมโดยพร้อมเพียง (7.1-25) มีการป้องกันภัยให้คอมพิวเตอร์ในเครือข่ายทุกเครื่อง ส่งผลให้ไม่เคยมีรายงานการโดนเจาะระบบ นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการ back up ข้อมูลของ server ทุกวัน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากปัญหา server ไม่ทำงาน (7.1-26)

รูปที่ 7.1-25 ความปลอดภัยและการเตรียมพร้อมภาวะฉุกเฉินในงานทางห้องปฏิบัติการ

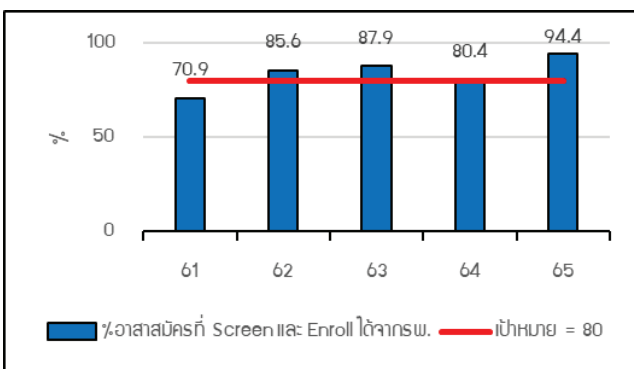
รายการข้อมูล	61	62	63	64	65
ร้อยละของระบบไฟฟ้าสำรองทำงานได้ทันเวลาหลังไฟฟ้าดับ	100%	100%	100%	100%	100%
ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน	-	75%	-	86%	-
ร้อยละของบุคลากรในห้องปฏิบัติการที่ได้รับการอบรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ	100%	100%	100%	100%	100%
ร้อยละของบุคลากรในห้องปฏิบัติการชีวภาพที่ได้รับการอบรมความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการชีวภาพ	100%	100%	100%	100%	100%
ร้อยละของบุคลากรในคลินิกที่ได้รับการอบรมการกู้ชีพ	100%	100%	100%	100%	100%

รูปที่ 7.1-26 ความปลอดภัยและการเตรียมพร้อมภาวะฉุกเฉินในด้านระบบคอมพิวเตอร์

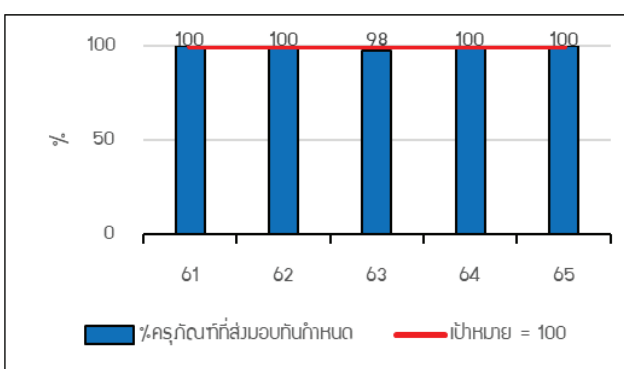
รายการข้อมูล	61	62	63	64	65
ร้อยละของคอมพิวเตอร์ในเครือข่าย ที่มีโปรแกรม antivirus	100%	100%	100%	100%	100%
ร้อยละของการ Back up ข้อมูลจาก server ในทุกวันทำการ	100%	100%	100%	100%	100%
ความปลอดภัยจากการถูกโจรกรรมข้อมูล	100%	100%	100%	100%	100%

ค. ผลลัพธ์ด้านการจัดการเครือข่ายอุปทาน

สถาบันฯ ดำเนินการควบคุมคุณภาพของผู้ส่งมอบ ผ่านกระบวนการจัดการห่วงโซ่คุณค่าและห่วงโซ่อุปทานที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สถาบันฯ ได้ผู้ส่งมอบที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มุ่งเน้นการพัฒนาพันธมิตรที่สำคัญในงานวิจัย อย่างไรก็ตามด้วยปัญหาการระบาดของโรคโควิด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการส่งมอบอาสาสมัคร (7.1-27) แต่การส่งมอบครุภัณฑ์ยังสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (7.1-28)



รูปที่ 7.1-27 ร้อยละของอาสาสมัครที่ Screen และ Enroll จากรพ. ต่อจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด

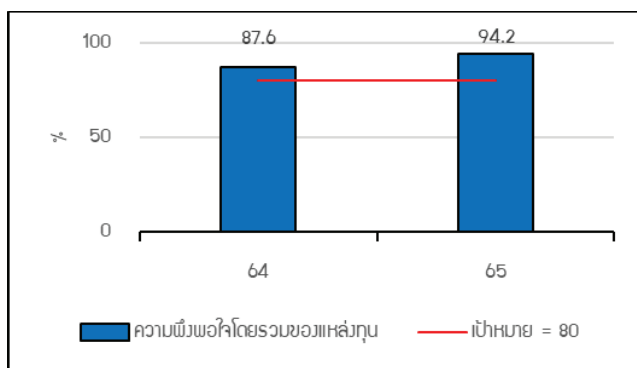


รูปที่ 7.1-28 ร้อยละของครุภัณฑ์ที่ส่งมอบทันกำหนด

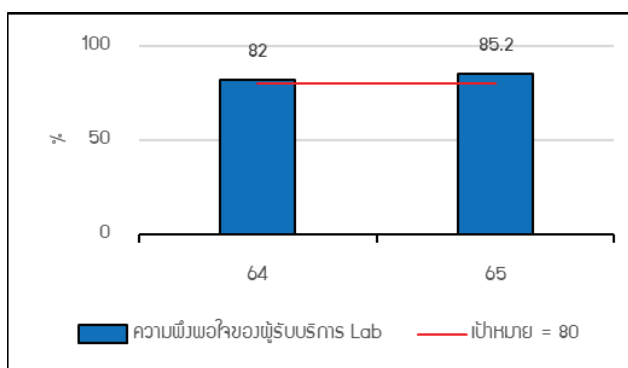
7.2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้า

ก. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า

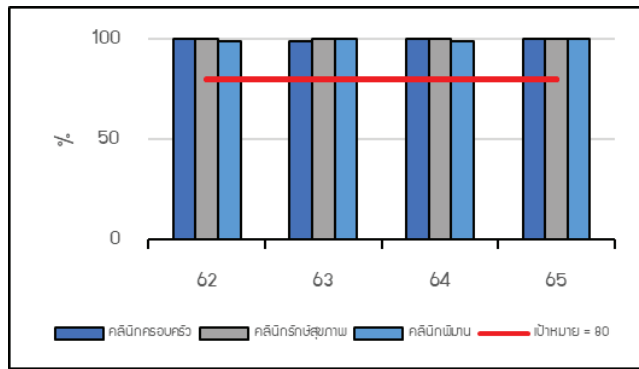
(1) ความพึงพอใจของลูกค้า สถาบันฯ ดำเนินการแสวงหา รับฟัง ติดตาม ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของลูกค้าและผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ทั้งแหล่งทุน (7.2-1) ผู้รับบริการทางห้องปฏิบัติการ (7.2-2) อาสาสมัคร และผู้ใช้บริการทางคลินิก (7.2-3) และนักศึกษา (7.2-4) รวมทั้งความไม่พึงพอใจในปัจจัยด้านต่างๆ (7.2-5) ที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของสถาบันฯ เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้ดีขึ้นอยู่เสมอ



รูปที่ 7.2-1 ความพึงพอใจของแหล่งทุน



รูปที่ 7.2-2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการทางห้องปฏิบัติการ



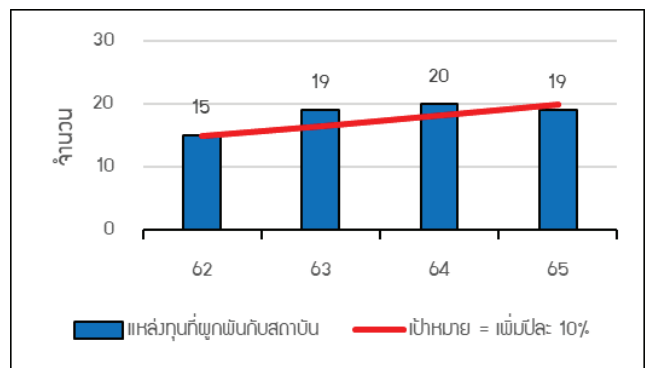
รูปที่ 7.2-3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการทางคลินิก

รูปที่ 7.2-5 ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการทางคลินิก

ข้อร้องเรียน	เป้าหมาย	จำนวน (ครั้ง)		
		63	64	65
ขั้นตอนการลงทะเบียนและการต้อนรับ	0	2	0	0
การบริการของเจ้าหน้าที่	0	1	0	0
การดูแลรักษาของแพทย์/พยาบาล	0	0	0	0
ระยะเวลาที่ได้รับบริการ	0	4	1	0

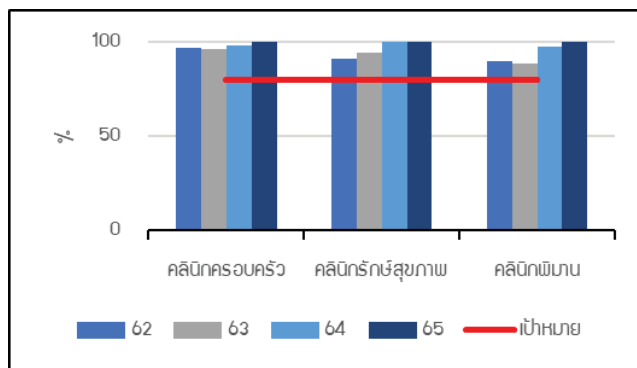
รูปที่ 7.2-4 ความพึงพอใจของนักศึกษา

ความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการศึกษา	คะแนนปี 65
Classrooms and their environment	4.4
Laboratory room and equipment	4.2
Student lounge	4.1
Internet and Wi-Fi	4.5
Quality of teaching by the instructors	4.2
Your academic advisor	4.5
Services of supportive staff	4.5
Communication with the program	4.1
Mechanisms to provide program feedback	4.3
Overall satisfaction to the program	4.3

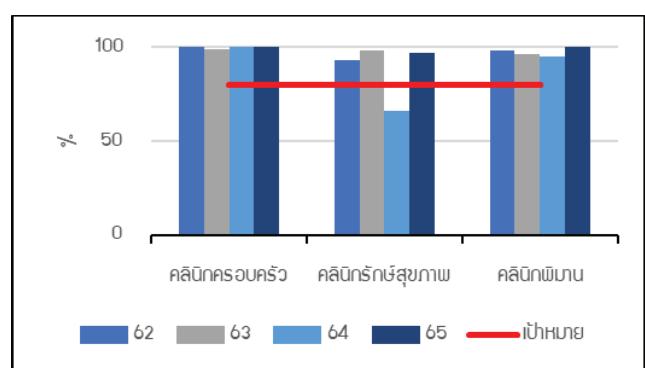


รูปที่ 7.2-6 จำนวนแหล่งทุนที่ให้ทุนต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 3 ปี

(2) ความผูกพันของลูกค้า สถาบันฯ มุ่งพัฒนากระบวนการจัดการความสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพ ผ่านดำเนินการวิจัย และบริการวิชาการที่มีคุณภาพ ส่งมอบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของลูกค้าทุกกลุ่ม ที่ก่อให้เกิดความผูกพันกับสถาบันฯ ส่งผลให้ผู้ให้ทุนวิจัยภายนอกที่สำคัญให้การสนับสนุนทุนวิจัยอย่างต่อเนื่อง (7.2-6) ผู้รับบริการสนใจกลับมาใช้บริการในอนาคต (7.2-7) และยินดีจะแนะนำให้เพื่อนหรือคนรู้จักมาใช้บริการ (7.2-8)



รูปที่ 7.2-7 ความสนใจกลับมาใช้บริการในอนาคต



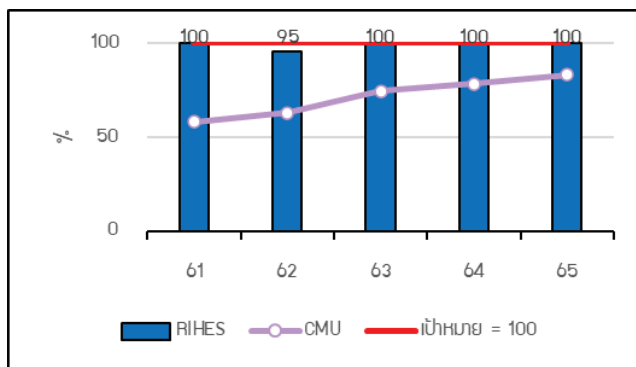
รูปที่ 7.2-8 แนะนำให้เพื่อนหรือคนรู้จักมาใช้บริการ

7.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

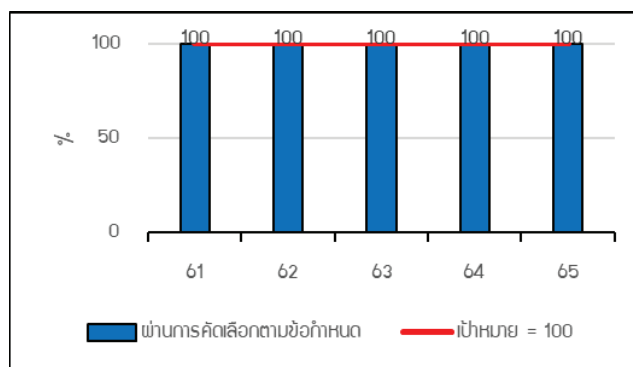
ก. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร

(1) ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร

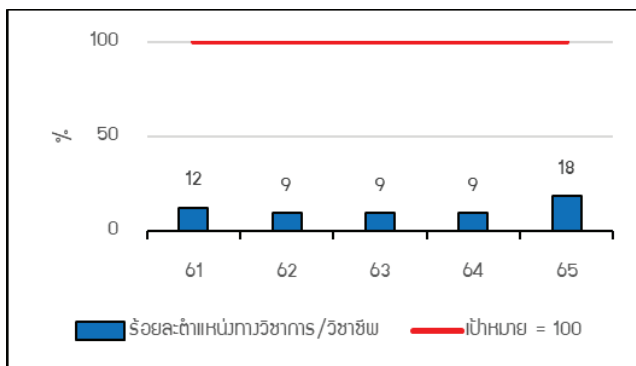
สถาบันฯ มีอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากรเพียงพอต่อการดำเนินการตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เห็นได้จากขีดความสามารถของบุคลากรวิชาการ คือ อาจารย์และนักวิจัย มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก 100% ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (7.3-1) สายสนับสนุนผ่านการคัดเลือกตามข้อกำหนด (7.3-2) ตั้งแต่มีประกาศให้ขอตำแหน่งวิชาการสายนักวิจัย นักวิจัยก็ได้รับการกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพสูงขึ้น (7.3-3) จากระบบและกลไกในการสรรหา พัฒนา และให้รางวัลของสถาบัน ทำให้การดำเนินงานวิจัยของบุคลากรสายวิชาการมีประสิทธิภาพสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของมหาวิทยาลัยและคู่เทียบทั้งในด้านสัดส่วนโครงการต่อนักวิจัย (7.3-4) และจำนวนเงินทุนวิจัยต่อนักวิจัย (7.3-5) นอกจากนี้การดำเนินงานตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ในด้านการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร ทำให้บุคลากรความสามารถสร้างผลงานที่มีคุณภาพในระดับสูง สอดคล้องกับเป้าหมายของสถาบัน พิจารณาจากอัตราส่วนการตีพิมพ์ผลงานวิจัยใน SCOPUS-Q1 ต่อนักวิจัย มีค่าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (7.3-6) ร้อยละของนักวิจัยที่ผลิตผลงานวิจัยใน SCOPUS-Q1 (7.3-7) และร้อยละการเป็นผู้ประพันธ์หลักหรือผู้รับผิดชอบบทความ (7.3-8) ก็สูงขึ้นเช่นกัน ในขณะที่ผลงานเชิงนวัตกรรมจะต้องมีกระบวนการพัฒนาต่อไป (7.3-9)



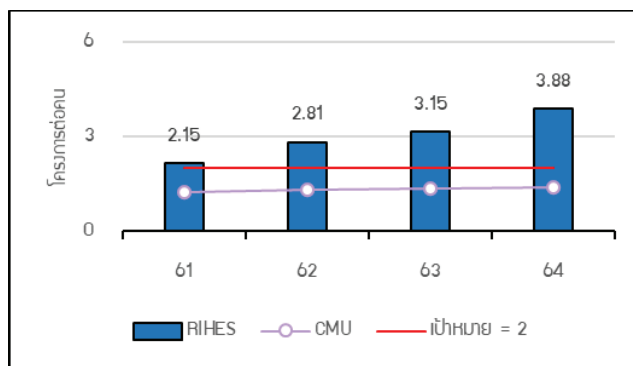
รูปที่ 7.3-1 บุคลากรสายวิชาการที่มีคุณวุฒิปริญญาเอก



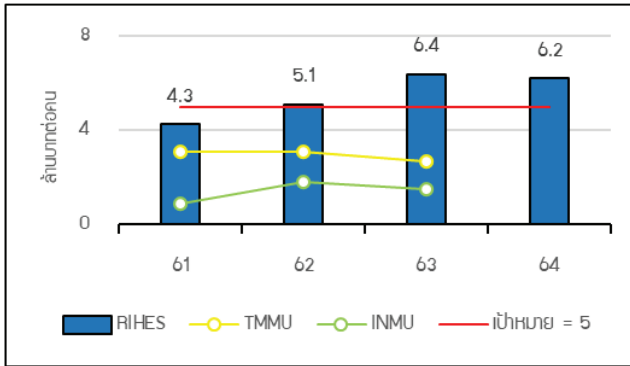
รูปที่ 7.3-2 ร้อยละของบุคลากรสายสนับสนุนที่ผ่านการคัดเลือกตามข้อกำหนดของสถาบันฯ



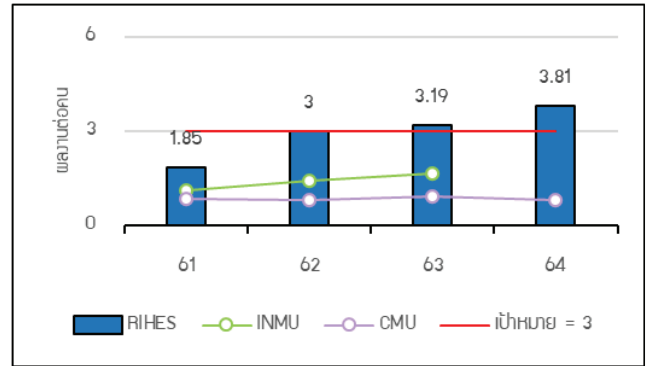
รูปที่ 7.3-3 ร้อยละของบุคลากรสายวิชาการที่มีตำแหน่งวิชาการ/วิชาชีพ



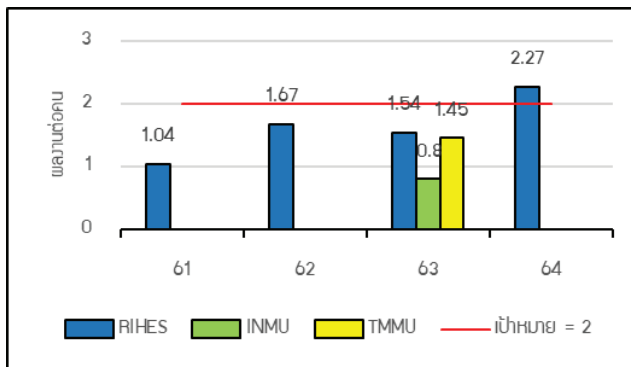
รูปที่ 7.3-4 จำนวนโครงการวิจัยต่อนักวิจัย



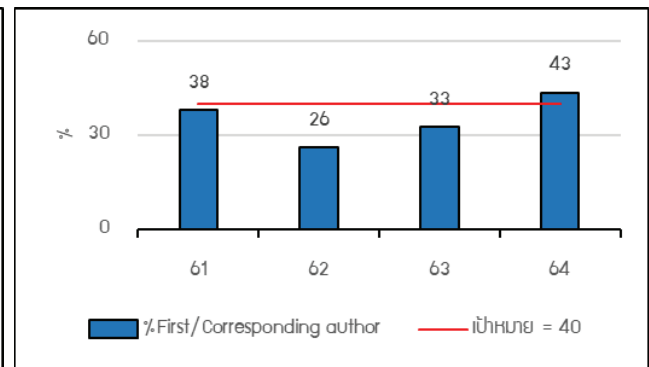
รูปที่ 7.3-5 จำนวนเงินทุนวิจัยต่อนักวิจัย



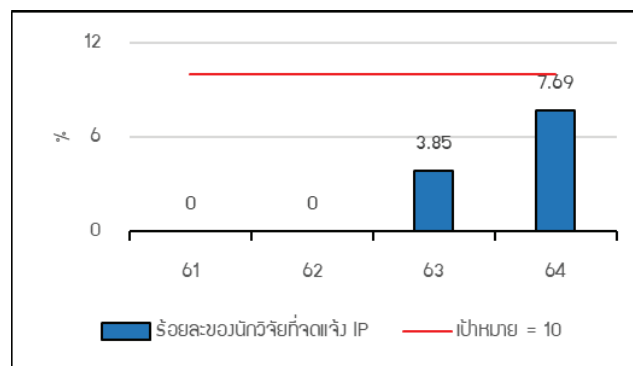
รูปที่ 7.3-6 จำนวนผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS ต่อนักวิจัย



รูปที่ 7.3-7 ร้อยละของนักวิจัยที่มีผลงานตีพิมพ์ใน SCOPUS Q1



รูปที่ 7.3-8 ร้อยละของ First/Corresponding author



รูปที่ 7.3-9 ร้อยละของนักวิจัยที่จัดแจ้งสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร

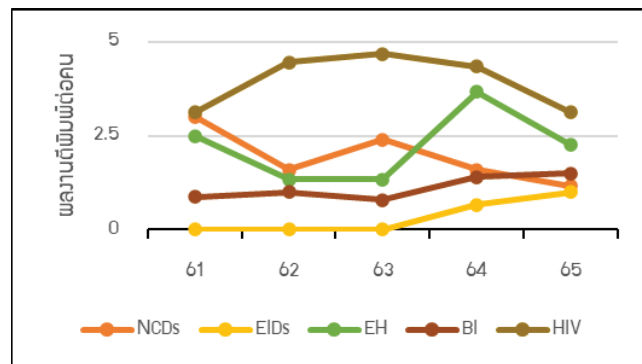
ในด้านการพิจารณาอัตรากำลัง สถาบันมีการจำแนกกลุ่มนักวิจัยตามอายุงาน กำหนดแผนการพัฒนาและส่งเสริมเฉพาะกลุ่มอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผลลัพธ์การดำเนินงานตามพันธกิจหลักของสถาบันเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทำให้นักวิจัยรุ่นใหม่ สามารถสืบทอดผลลัพธ์ของการทำงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนด นักวิจัยมี H-index ที่แสดงถึงศักยภาพและการยอมรับในการวิจัยสูงขึ้น ตามอายุงาน (7.3-10) อีกทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาหัวข้อวิจัยใหม่ๆ ก็ส่งผลให้นักวิจัยของสถาบันสร้างสรรค์ผลงานวิจัยทางใหม่สูงขึ้น (7.3-11 และ 7.3-12) และทำให้สถาบันสามารถวางแผนการสรรหาบุคลากรใหม่ได้ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ในปี 2565 สถาบันเปิดสอนในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาเป็นปีแรก จึงมีการเตรียมสรรหาอาจารย์ให้เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาที่จะรับเข้าใหม่ (7.3-13) และมีการรับบุคลากรสายสนับสนุนเพิ่มขึ้น ให้เพียงพอต่อขับเคลื่อนผลการดำเนินงานของสถาบันให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (7.3-14) ผลความพึงพอใจของบุคลากรในมิติความเพียงพอของอัตรากำลัง ใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด (7.3-15)

รูปที่ 7.3-10 H-Index จำนวนผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัย และร้อยละของผลงานใน Q1 จำแนกตามอายุการทำงาน

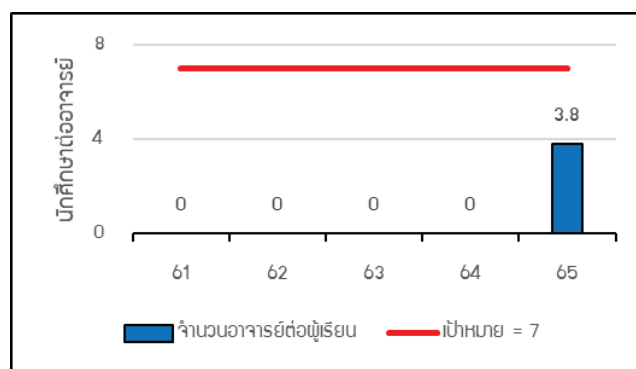
	H-Index	จำนวนผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัย		ร้อยละของผลงานใน Q1	
		ปี 65	เป้าหมาย	ปี 65	เป้าหมาย
รุ่นใหม่ อายุงาน 1-5 ปี	4.00	2.00	2.00	62.5%	40%
รวมทั้งหมด	10.81	2.37	3	62.5%	60%

รูปที่ 7.3-11 จำนวนนักวิจัยที่มีผลงานตีพิมพ์ในด้านต่างๆ

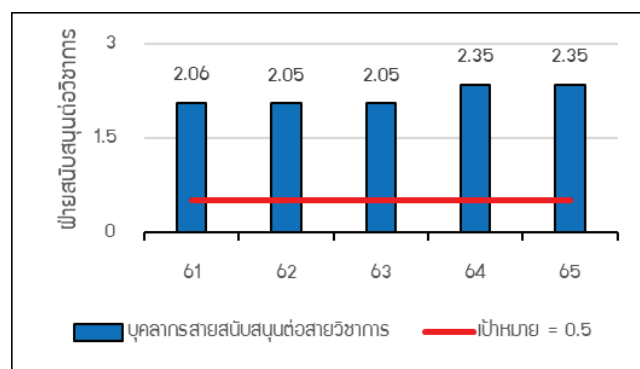
ทิศทางการวิจัย	จำนวนนักวิจัยที่มีผลงานในแต่ละปี				
	61	62	63	64	65
NCDs	3	5	5	5	6
EIDs	0	0	0	3	3
EH	2	3	3	3	4
BI	8	10	10	10	10
HIV	9	9	9	9	9



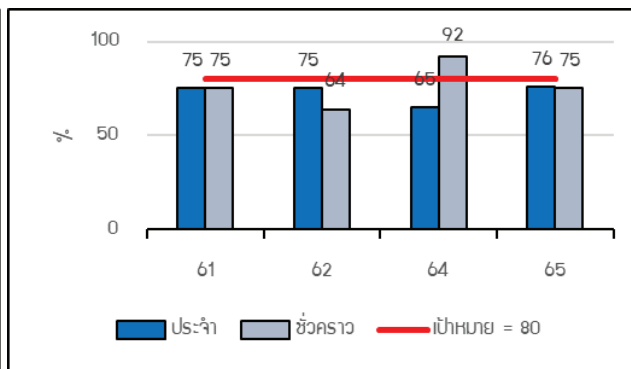
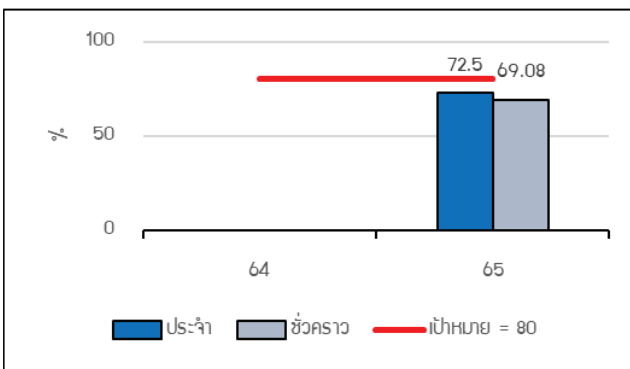
รูปที่ 7.3-12 อัตราส่วนของผลงานตีพิมพ์ต่อนักวิจัย จำแนกตามทิศทางการวิจัย



รูปที่ 7.3-13 จำนวนนักศึกษาต่ออาจารย์



รูปที่ 7.3-14 อัตราส่วนบุคลากรสายสนับสนุนต่อสายวิชาการ



รูปที่ 7.3-15 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรด้านอัตรากำลัง

รูปที่ 7.3-16 ความพึงพอใจของบุคลากรด้านบรรยากาศการทำงาน

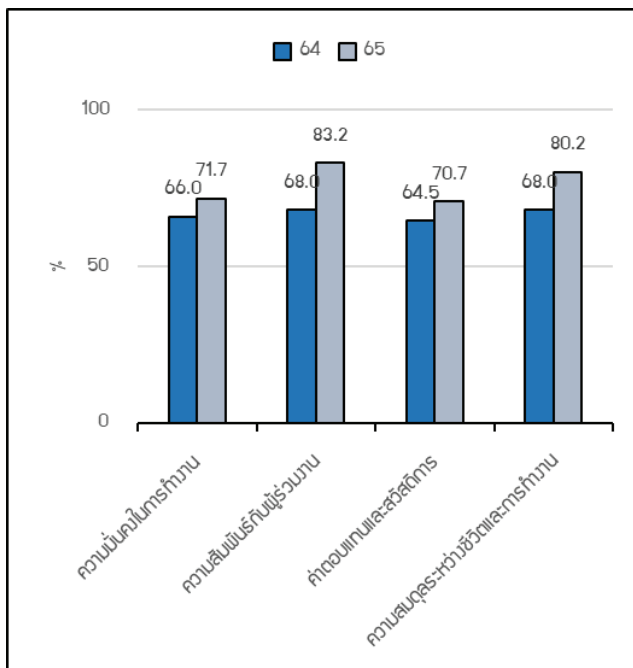
(2) บรรยากาศการทำงาน สถาบันให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร มีนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนเข้ารับการตรวจสุขภาพทุก 2 ปี อัตราการรับการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับสูง มากกว่า 80% ทุกครั้ง สนับสนุนการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกปี มีการติดตามอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ต่างๆ เพื่อวางแผนทางป้องกันอยู่เสมอ บุคลากร แพทย์ พยาบาลผู้เป็นด่านหน้าทั้งหมดในการพบผู้ป่วยโดยตรง ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัด นอกจากนั้นแพทย์ พยาบาลทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนตัวอีกเสบปีและได้รับการตรวจภูมิแล้วว่า

รูปที่ 7.3-17 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพอนามัย ความปลอดภัยในที่ทำงานและความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ

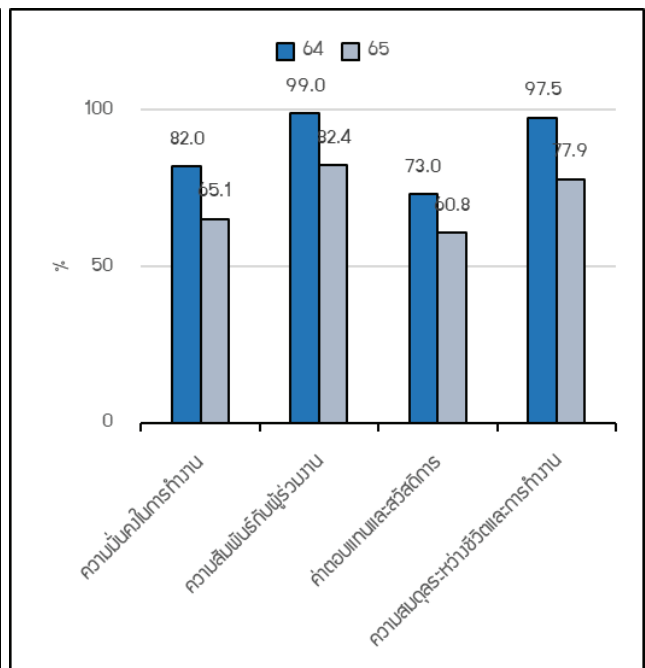
ปัจจัย	วิธีการ	61	62	63	64	65
ด้านสุขอนามัยของบุคลากร	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่สถาบันฯ (ทุก 2 ปี)	84%	-	86%	-	ดำเนินการ
	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	100%	100%	100%	100%	ต.ค.65
	การประกันสุขภาพบุคลากรตามกฎหมายประกันสังคม (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
	ร้อยละของห้องปฏิบัติการที่มีระบบการป้องกันอันตรายจากสารเคมี (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
	การทำประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคลากรที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
	การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน (ครั้ง)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	71
	ระดับปริมาณของ PM2.5 ภายนอกอาคาร	N.A.	N.A.	75.9	32.4	41.2
	ระดับปริมาณของ PM2.5 ภายในอาคาร	N.A.	N.A.	37.9	13.2	14.2
ความปลอดภัยในการทำงาน	ระบบสแกนลายนิ้วมือก่อนเข้าทำงานทุกอาคาร (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
	ยามรักษาความปลอดภัยทุกอาคาร 24 ชั่วโมง (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
	การอบรมและการซ้อมการป้องกันอัคคีภัยและแผ่นดินไหว (ครั้ง)	-	1	งดเว้นการจัด		1
	การกำจัดขยะติดเชื้ออย่างถูกต้อง (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
	การกำจัดสารเคมีอย่างถูกต้อง (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%	100%
ความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ	การกำหนดรหัสผ่านและการใช้ระบบ RHES Authentication	100%	100%	100%	100%	100%
	ร้อยละของบุคลากรสถาบันฯ ที่ใช้ Two or Multi factor authentication	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	100%
	ร้อยละของอุปกรณ์และสื่อถือผ่านการอนุมัติจากหน่วย ICT	100%	100%	100%	100%	100%
	จำนวนครั้งที่ฝึกซ้อมการกู้ระบบและข้อมูล	N.A.	N.A.	N.A.	1	1
	มีการฝึกซ้อมและตรวจสอบภายในโดย ISO27001 Checklist	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	1
	มีการประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของฐานข้อมูลและการถูกโจมตีทางไซเบอร์	100%	100%	100%	100%	100%
	จำนวนครั้งที่ระบบเซิร์ฟเวอร์ไม่ทำงานในระยะเวลาที่กำหนด (ครั้ง)	0	0	0	0	0
	จำนวนครั้งในการถูกโจรกรรมข้อมูล หรือถูกเจาะระบบ (ครั้ง)	0	0	0	0	0

ทุกคนมีภูมิอยู่ในระดับสูงที่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสตัวอีกเสบปีได้ในกรณีเกิดอุบัติเหตุเข็มที่ตำ
อัตราเข็มที่ตำอยู่ในอัตราที่ต่ำ มีการควบคุมคุณภาพอากาศในอาคาร ทำให้ระดับ PM 2.5 ในอาคารต่ำกว่า
มาตรฐานของกรมควบคุมมลพิษ รวมทั้งการควบคุมดูแลความปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ (7.3-17) มีการ
ติดตามประเมินผลความพึงพอใจต่อบรรยากาศการทำงานอย่างต่อเนื่อง (7.3-16) เพื่อนำผลมาปรับปรุงและ
พัฒนา

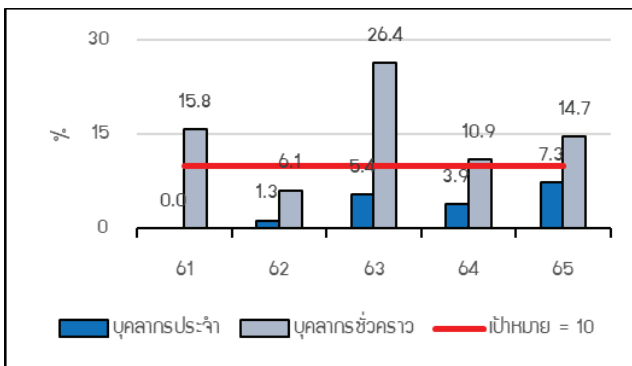
(3) ความผูกพันของบุคลากร สถาบันฯ สํารวจปัจจัยที่ส่งเสริมความผูกพันของบุคลากรใน 4 ปัจจัย ทั้งใน
บุคลากรประจำ (7.3-18) และบุคลากรชั่วคราว (7.3-19) มีการนำผลการประเมินมาปรับแผนปฏิบัติการและ
กิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมความผูกพันต่อองค์กร ส่งผลให้อัตราการลาออกบุคลากรประจำอยู่ใน
ระดับต่ำ (7.3-20)



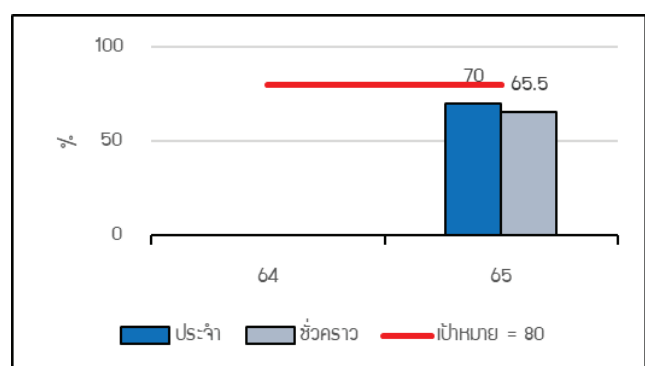
รูปที่ 7.3-18 ประเมินปัจจัยความผูกพันของบุคลากรประจำ



รูปที่ 7.3-19 ประเมินปัจจัยความผูกพันของบุคลากรชั่วคราว

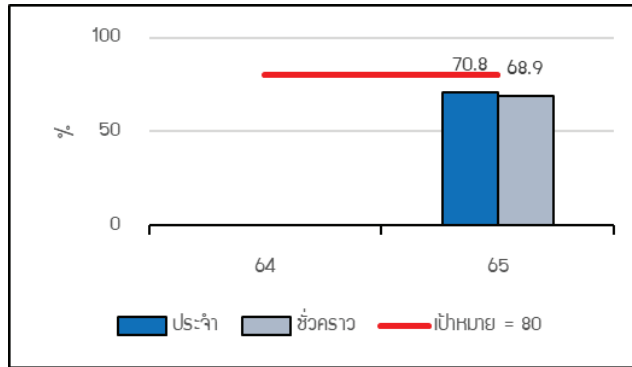


รูปที่ 7.3-20 ร้อยละของบุคลากรที่ลาออกก่อนหมดสัญญา

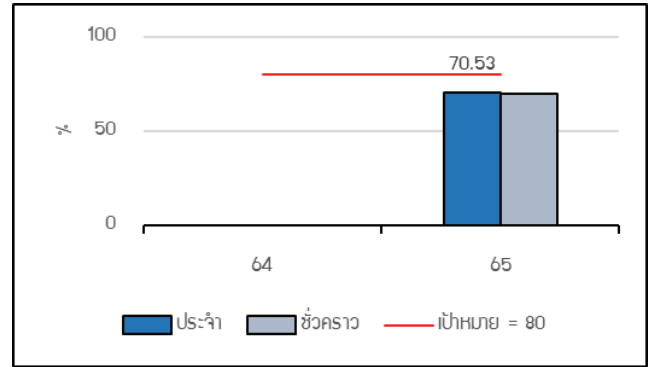


รูปที่ 7.3-21 ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบการสืบทอดผู้นำ

(4) การพัฒนาบุคลากร สถาบันฯ ให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านต่างๆ ของสถาบันฯ ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร (7.3-21) ไปจนถึงระดับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน (7.3-22) มีการประเมินเพื่อนำผลการไปพัฒนาไปใช้ในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 7.3-22 ร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาตนเอง



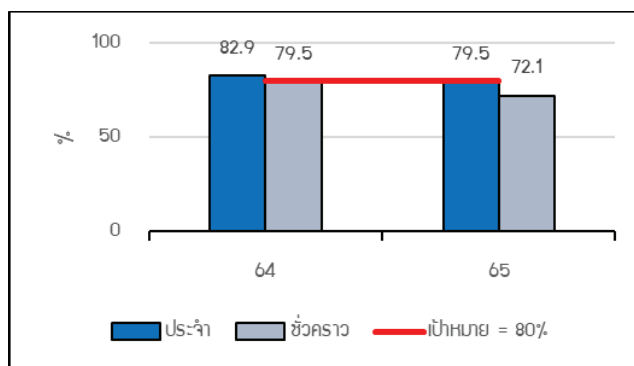
รูปที่ 7.3-23 ร้อยละความพึงพอใจต่อความเท่าเทียมในองค์กร

7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร

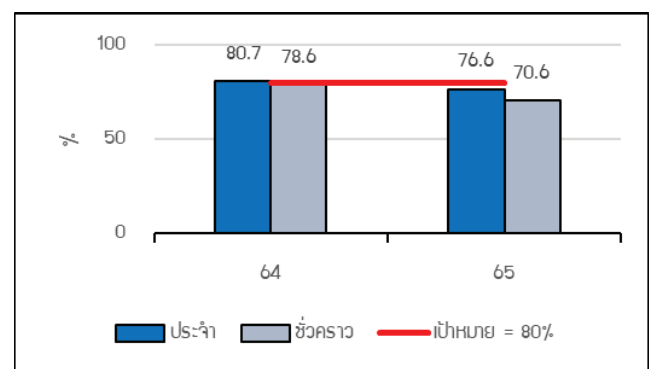
ก. ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร การกำกับดูแลองค์กร และการทำประโยชน์ให้สังคม

(1) การนำองค์กร

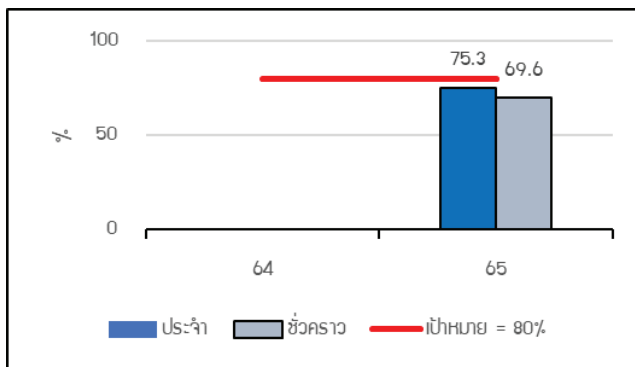
การประเมินการนำองค์กรของผู้บริหารสถาบันฯ ทีมผู้บริหารสถาบันฯ บริหารจัดการองค์กรด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ เพื่อให้ผลการดำเนินขององค์กรบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สร้างความก้าวหน้าและเติบโตให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยผ่านกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกระดับ มีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมของสถาบัน (7.4-1) รวมทั้งนโยบายและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขององค์กร (7.4-2) ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจในวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมของสถาบัน (7.4-3) และเกิดความเชื่อมั่นต่อการบริหารของทีมผู้บริหารสถาบันฯ (7.4-4)



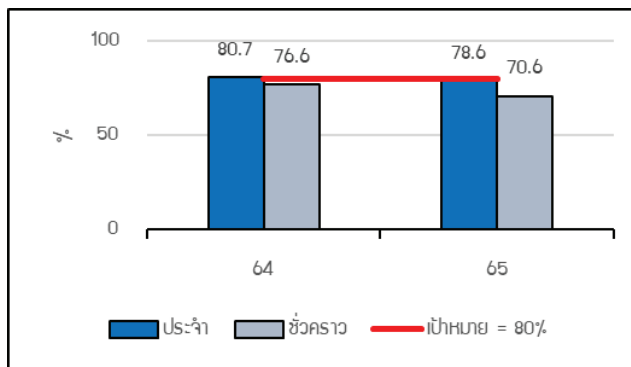
รูปที่ 7.4-1 การถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมของผู้บริหารสถาบันฯ



รูปที่ 7.4-2 การแจ้งนโยบายและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญขององค์กรแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

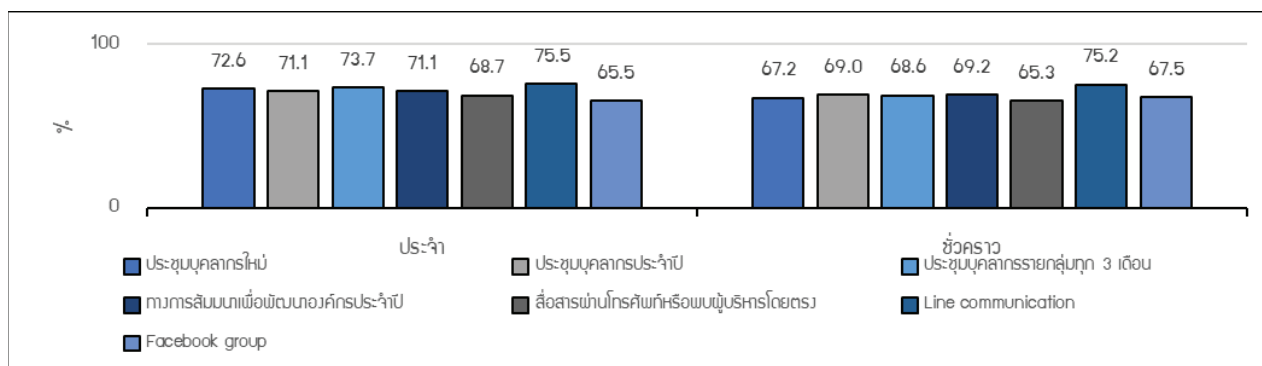


รูปที่ 7.4-3 ความเข้าใจในวิสัยทัศน์และค่านิยมของสถาบันฯ

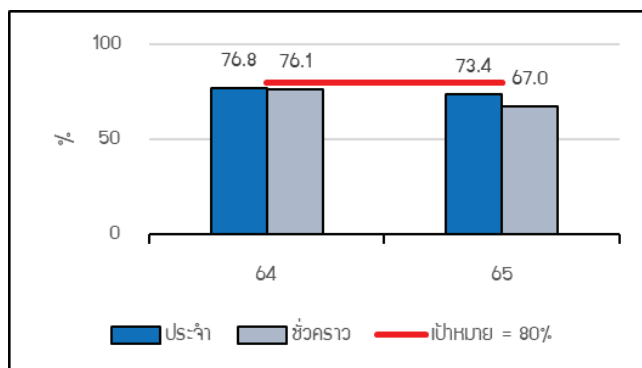


รูปที่ 7.4-4 ความเชื่อมั่นในการบริหารของบุคลากร

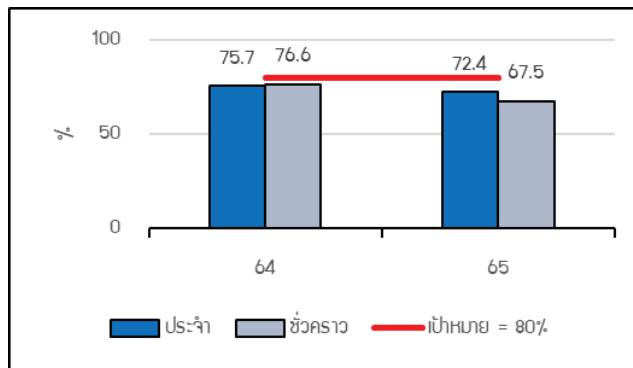
การประเมินการสื่อสารของผู้บริหารสถาบันฯ การสื่อสารของทีมผู้บริหารฯ มุ่งให้เกิดความเข้าใจกับบุคลากรทุกกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยอาศัยการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ (7.4-5) ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เปิดกว้าง ให้โอกาสให้บุคลากรสอบถามเรื่องที่สำคัญและมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (7.4-6) เปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร (7.4-7) และเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานในหน่วยงานของตนอย่างสม่ำเสมอ (7.4-8) ทำให้บุคลากรและทีมบริหารมีความสัมพันธ์ภาพที่



รูปที่ 7.4-5 ช่องทางการสื่อสารของทีมบริหารกับบุคลากรในสถาบันฯ

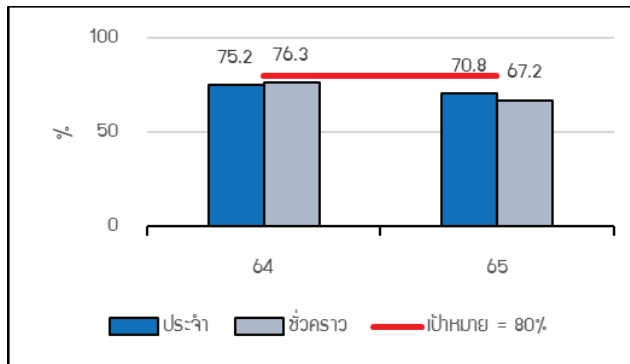


รูปที่ 7.4-6 เปิดโอกาสให้บุคลากรสอบถามเรื่องที่สำคัญและมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

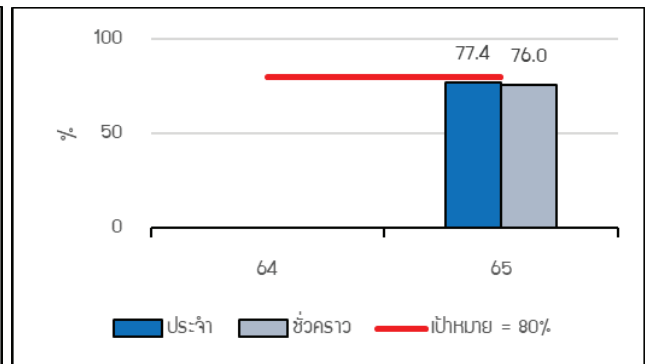


รูปที่ 7.4-7 เปิดโอกาสให้บุคลากรเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ดี (7.4.9) บุคลากรส่วนใหญ่พร้อมให้ความร่วมมือในการผลักดันการดำเนินงานต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

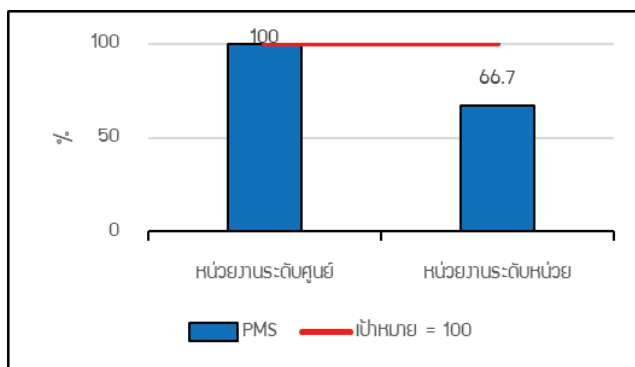


รูปที่ 7.4-8 เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานในหน่วยงานของตนอย่างสม่ำเสมอ

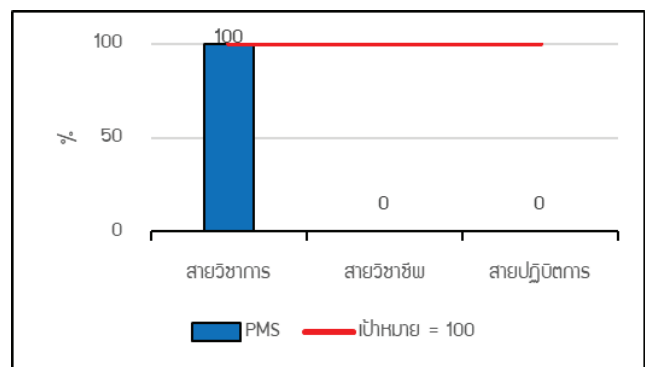


รูปที่ 7.4-9 มนุษย์สัมพันธ์ของผู้บริหารสถาบันฯ

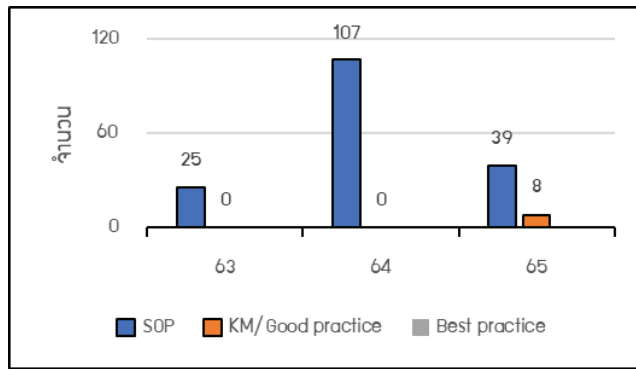
การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง ในปี 2565 ทีมบริหารเริ่มนำระบบการบริหารจัดการจัดการสมรรถนะ (PMS) มาเสริมจากระบบ TOR/JA เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเป้าหมายและผลการดำเนินงานในระดับศูนย์/หน่วยงาน (7.4-10) และระดับบุคคล (7.4-11) ให้เชื่อมโยงและสอดคล้องกับเป้าหมายของสถาบัน ทีมบริหารยังกำหนดให้มีการจัดเป็นองค์ความรู้ แนวปฏิบัติที่ดีของการปฏิบัติงานต่างๆ ในรูปของ SOPs (7.4-12) รวมการการสร้างบรรยากาศให้เกิดการสร้างสรรค นวัตกรรมองค์กรที่ช่วยยกระดับผลการดำเนินงานของสถาบัน เช่น ระบบ RIHES Learning Portal ที่เป็นช่องทางในการเข้าถึง SOPs ทั้งหมดของสถาบัน ซึ่งสามารถกำหนดสิทธิ์และติดตามผลการเข้าถึงข้อมูลของบุคลากรทั้งสถาบันได้ อีกทั้งยังเป็นการปรับระบบงานให้เป็น digital และลดการใช้กระดาษอีกด้วย (7.4-13)



รูปที่ 7.4-10 ร้อยละของหน่วยงานภายในสถาบันฯ มีเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนตามระบบ PMS



รูปที่ 7.4-11 ร้อยละของบุคลากรสถาบันฯ มีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจนตามระบบ PMS



รูปที่ 7.4-12 จำนวนการจัดการความรู้ในแต่ละปี

รูปที่ 7.4-13 ตัวอย่างนวัตกรรมองค์กรที่สำคัญของสถาบัน

นวัตกรรมองค์กร	ปี 64	ปี 65
ผลิตภัณฑ์	EIDs research	หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
บริการ	ศูนย์บริการวิเคราะห์ทางโภชนาการ PCR testing for COVID-19	COVID-19 Drive Thru
กระบวนการ	Finance Tracking system	RIHES learning portal

(2) การกำกับดูแลองค์กร ผู้อำนวยการร่วมกับทีมบริหารระดับสูง บริหารองค์กรโดยยึดหลักความมีส่วนร่วม โปร่งใส ตรวจสอบได้ ภายใต้กรอบธรรมาภิบาล การดำเนินงานได้รับการกำกับดูแลจากองค์กรภายนอกอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินการต่าง ๆ นั้น เป็นไปตามมาตรฐานและข้อกำหนดที่สำคัญ เห็นได้จากผลการประเมินผู้อำนวยการ ที่อยู่ในระดับดีมาก (7.4-14) และผ่านการตรวจสอบโดยองค์กรภายนอกทุกครั้งที่ประเมิน (7.4-15) ผลของการกำกับดูแลองค์กรอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้การประเมินประสิทธิภาพการบริหารตามตัวชี้วัดสำคัญที่ได้รับมอบหมายจากมหาวิทยาลัย พัฒนาคืบหน้าอย่างต่อเนื่อง และเกินกว่าเกณฑ์ที่ 75% (7.4-16)

รูปที่ 7.4-14 ผลการบริหารงานของผู้อำนวยการสถาบันโดยสภา มช.

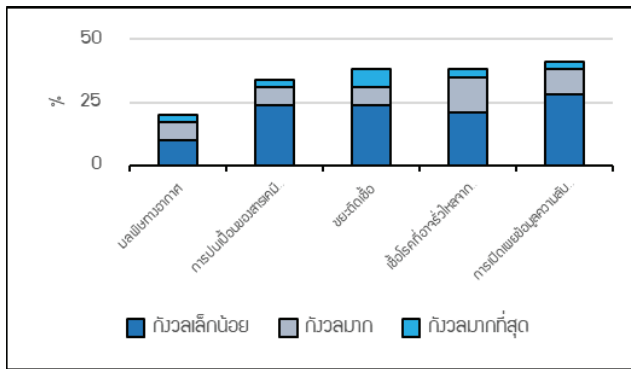
	ปี 61 (รอบ 1 ปี 6 เดือน)	ปี 63 (รอบ 3 ปี)
ด้านคุณลักษณะ/ การนำองค์กร	ดีมาก (คะแนน 4.55-4.59)	ดี-ดีมาก (คะแนน 4.49-4.67)

รูปที่ 7.4-15 ผลการตรวจประเมินโดยองค์กรภายนอกที่สำคัญในการกำกับดูแลสถาบันฯ (✓ = ผ่านการตรวจสอบ)

องค์กรภายนอก	61	62	63	64	65
การตรวจบัญชีโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในมช.	✓	✓	✓	✓	✓
การตรวจบัญชีโดยสตง.	✓	✓	✓	✓	✓
การตรวจสอบบัญชีโดย Price Waterhouse Coopers	✓	✓	✓	✓	✓
การตรวจสอบการดำเนินการวิจัยโดย PPD	✓	✓	✓	✓	✓
การตรวจสอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการวิจัยโดยเครือข่ายวิจัยนานาชาติ	✓	✓	✓	✓	✓
การตรวจสอบมาตรฐานด้านจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยโดย Fercap	✓	✓	✓	✓	✓

รูปที่ 7.4-16 ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารของคณะกรรมการบริหารสถาบันฯ ตาม OKR ของสถาบันฯ

หน่วยงาน	63	64	65
คะแนน OKR (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	53.33	68.03	82.75



รูปที่ 7.4-17 ความกังวลของชุมชนต่อการดำเนินงานของสถาบันฯ

(3) กฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับ สถาบันฯ ให้ความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบจากการดำเนินงานของสถาบันที่อาจจะเกิดขึ้นกับชุมชน มีการสำรวจประเด็นที่เป็นที่กังวลของชุมชน (7.4-17) นำมาสู่การกำหนดกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้ในการกำกับ การดำเนินงาน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชุมชน (7.4-18) ทำให้ไม่มีรายงานการถูกฟ้องร้อง หรือร้องเรียน ไม่ว่าจากกรณีใดๆ (7.4-19)

รูปที่ 7.4-18 ภาพรวมของการประพฤติดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

การดำเนินงานตามกฎหมาย ข้อบังคับและการรับรองมาตรฐาน		กฎหมาย ข้อบังคับ และการรับรองมาตรฐาน	ตัววัดการดำเนินงานที่สำคัญ	61	62	63	64	65
วิจัย	การดำเนินงานของหน่วยวิจัยคลินิก	มาตรฐานการดำเนินงานของ NIH	Site Performance Report	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		Good Clinical Practice	ร้อยละเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม	100%	100%	100%	100%	100%
	การดำเนินการวิจัยในมนุษย์	มาตรฐาน คกก. จริยธรรม การวิจัย	จำนวนข้อร้องเรียน	0	0	0	0	0
		Human Subject Protection (HSP)	ร้อยละเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม	100%	100%	100%	100%	100%
	การดำเนินการวิจัยในสัตว์ทดลอง	มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในสัตว์ทดลอง	ร้อยละการขออนุญาตทำวิจัย	100%	100%	100%	100%	100%
	การดำเนินการของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	มาตรฐานวิจัยในมนุษย์	จำนวนข้อร้องเรียน	0	0	0	0	0
	มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ	มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์	ผลการประเมิน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		EsPreL	ผลการประเมิน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
บริหาร	การบริหารงบประมาณ	ระเบียบว่าด้วยการเงินการคลังฯ	ถูกดำเนินคดีกรณีทุจริต	0	0	0	0	0
		NIH Grant policy statement	Site Performance Report	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
	บุคคล	ระเบียบมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การถูกฟ้องร้องด้านบริหารบุคคล	0	0	0	0	0
	จัดซื้อ จัดจ้าง	ระเบียบว่าด้วยการเงินการคลังฯ	ถูกดำเนินคดีกรณีทุจริตจัดซื้อ จัดจ้าง	0	0	0	0	0

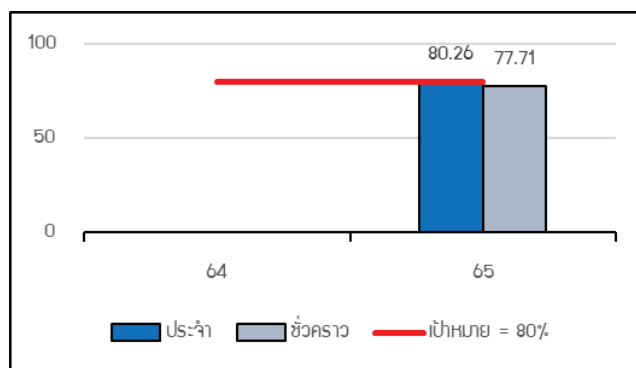
รูปที่ 7.4-19 การถูกฟ้องร้องและร้องเรียนของสถาบัน

รายการข้อมูล	61	62	63	64	65
การถูกฟ้องร้องด้านการบริหารบุคคล	0	0	0	0	0
การถูกดำเนินคดีกรณีทุจริตจัดซื้อจัดจ้าง	0	0	0	0	0
การดำเนินงานด้านอาคารและสิ่งแวดล้อม (ถูกร้องเรียน)	0	0	0	0	0
การจัดการสารเคมีใช้และขยะติดเชื้อ (ถูกร้องเรียน)	0	0	0	0	0

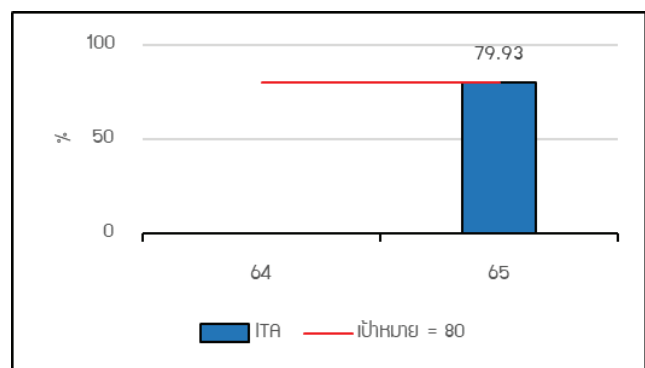
(4) จริยธรรม สถาบันฯ กำหนดให้ “คุณธรรมและความโปร่งใส (Ethics and Transparency)” เป็นหนึ่งในค่านิยมที่ถ่ายทอดและถือปฏิบัติในองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนยึดมั่นและเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมผู้บริหารจึงเป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม โดยมุ่งสนับสนุนให้บุคลากรใหม่ได้เข้าอบรม มีระบบพี่เลี้ยงแนะนำ และมี SOPs ที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการทำงานให้สอดคล้องกับค่านิยมขององค์กร รวมทั้งดำเนินการอย่างจริงจังในการป้องกันการกระทำผิดของบุคลากร

รูปที่ 7.4-20 ผลการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของสถาบัน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การกำกับติดตามตัวชี้วัดด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของสถาบัน	ผลการดำเนินการ		
		63	64	65
บุคลากร	การเข้ารับการอบรมบุคลากรใหม่	100%	100%	100%
	มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรใหม่	100%	100%	100%
	มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) สำหรับบุคลากร	100%	100%	100%
	ไม่มีประวัติอาชญากรรม	100%	100%	100%
	ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน	100%	100%	100%
	ไม่มีการกระทำผิดวินัยร้ายแรงของทางราชการ	100%	100%	100%
	บุคลากรวิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย	100%	100%	100%
	โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	100%	100%	100%
ลูกค้า พันธมิตร ผู้ส่งมอบ	ไม่มีประวัติการประพฤติปฏิบัติที่ไม่จริยธรรม	100%	100%	100%
ชุมชน	สนับสนุนให้หน่วยงานภายในมีแผนการสนับสนุนชุมชน	100%	100%	100%
	บุคลากรต้องเข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	100%	100%	100%
	โครงการวิจัยที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน (Community Advisory Board)	100%	100%	100%



รูปที่ 7.4-21 ความเชื่อมั่นด้านธรรมาภิบาลของผู้บริหาร



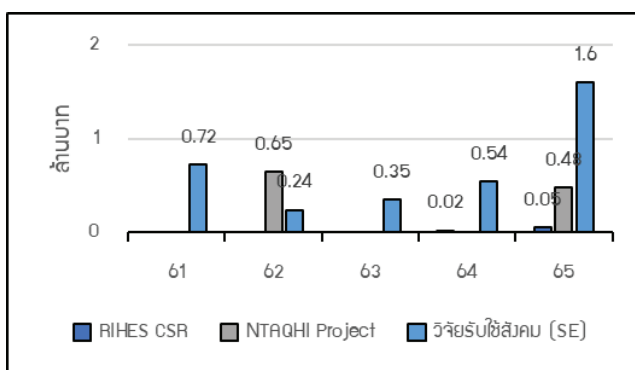
รูปที่ 7.4-22 ผลประเมิน ITA ของสถาบันฯ ในปี 2565

ทำงานร่วมกับพันธมิตร และผู้ส่งมอบที่ไม่มีประวัติการประพฤติปฏิบัติที่ไม่มีจริยธรรม รวมทั้งมีการประเมินผลกระทบต่อชุมชนสำหรับโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (7.4-20) จากการกำกับและติดตามอย่างจริงจัง รวมทั้งประพฤติตนเองแบบอย่างที่ดี ทำให้บุคลากรมีความเชื่อมั่นในธรรมาภิบาลของทีมบริหาร (7.4-21) ซึ่งส่งผลให้ผลการประเมิน ITA ทั้งการประเมินโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก และการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะของสถาบัน ภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับ B (7.4-22) ไม่มีบุคลากรถูกไล่ออกจากงานเนื่องจากการกระทำผิดจริยธรรม (7.4-23)

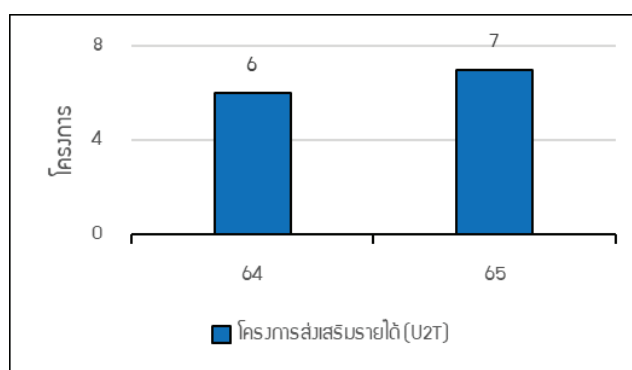
รูปที่ 7.4-23 ผลการติดตามบุคลากรที่กระทำผิดจริยธรรมหรือโดนให้ออกจากงาน

รายการข้อมูล	61	62	63	64	65
บุคลากรที่กระทำผิดจริยธรรมและโดนลงโทษ	0	0	0	1	0
บุคลากรที่โดนให้ออกจากงาน	0	0	0	0	0

(5) สังคม สถาบันฯ สนับสนุนให้บุคลากรขยายผลจากงานวิจัย โดยการเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ หรือเทคโนโลยีให้กับชุมชนผ่านโครงการ RIHES CSR, NTAQHI project และ โครงการวิจัยรับใช้สังคม (7.4-24) รวมทั้งโครงการที่ส่งเสริมให้เกิดรายได้ในชุมชน เช่น โครงการ U2T เป็นต้น (7.4-25) มีการกำกับติดตามเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานที่อาจส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น การกำจัดขยะติดเชื้อ การกำจัดสารเคมีใช้แล้ว รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกของสังคมผ่านกิจกรรมรณรงค์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ เช่น การใช้พลังงานแสงอาทิตย์ เป็นต้น (7.4-26)



รูปที่ 7.4-24 งบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนสังคม

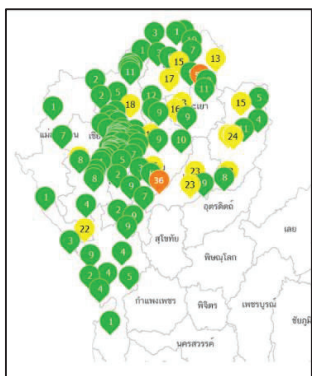


รูปที่ 7.4-25 จำนวนโครงการสร้างรายได้ให้กับประชาชน

รูปที่ 7.4-26 ผลการดำเนินงานด้านความผาสุกของสังคม

การกำกับติดตามตัวชี้วัดด้านความผาสุกของสถาบัน	61	62	63	64	65
จำนวนโครงการวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อความผาสุกของสังคม (โครงการ)	58	76	82	101	100
การเปลี่ยนหลอดไฟแบบหลอดไส้และฟลูออเรสเซนต์เป็นหลอดไฟ LED (ร้อยละ)	100	100	100	100	100
พลังงานแสงอาทิตย์ที่ผลิตได้ (kW/year)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	39,304
จำนวนขยะติดเชื้อที่ถูกกำจัดอย่างถูกต้อง (กิโลกรัม)	1,920	1,920	1,700	2,358	1,391
จำนวนขยะสารเคมีที่ถูกกำจัดอย่างถูกต้อง (ร้อยละ)	100	100	100	100	100
จำนวนระบบงานที่เปลี่ยนเป็นระบบ Digital เพื่อลดการใช้กระดาษ	4	4	5	6	8

สถาบันฯ ดำเนินกิจกรรมสนับสนุนชุมชน ผ่านโครงการวิจัยรับใช้สังคม และโครงการ U2T โดยมีการสนับสนุนหลากหลายรูปแบบ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เช่น การให้บริการสุขภาพ การสนับสนุนข้อมูลวิชาการ การถ่ายทอดเทคโนโลยี เป็นต้น ทั้งนี้ชุมชนสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานด้านการสนับสนุนชุมชน คือ การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 สถาบันฯ ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก คือ สภามหาวิทยาลัยภาคเหนือ มูลนิธิไทยพีบีเอส ให้การสนับสนุนโครงการติดตั้งเซนเซอร์เพื่อวัดสภาพอากาศในพื้นที่ต่างๆ การลงพื้นที่พัฒนาคลื่นรุมสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงรายงานผลดัชนีคุณภาพอากาศผ่านเว็บไซต์ www.ntaqhi.info (7.4-27) หรือ NTAQHI mobile application (7.4-28)



รูปที่ 7.4-27 พื้นที่ติดตั้งเครื่องตรวจวัดที่
แสดงผลทาง website ntaqhi.info

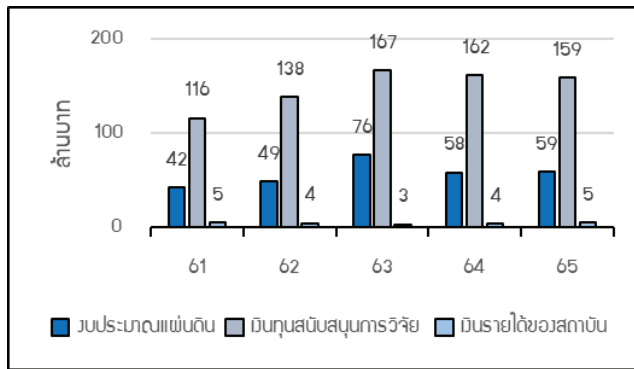
รูปที่ 7.4-28 การสนับสนุนชุมชนสำคัญของสถาบัน

	63	64	65
จำนวนโครงการสนับสนุนชุมชน (วิจัยรับใช้สังคม+U2T)	2	14	18
จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนชุมชน(ร้อยละ)	N.A.	N.A.	37.14
จำนวนเครือข่าย NTAQHI ที่เพิ่มขึ้น	N.A.	N.A.	2
จำนวนสถานีตรวจวัด PM2.5	205	245	287
จำนวนคลื่นรุม (ห้อง)	88	88	88
จำนวนผู้ใช้งาน website (ครั้ง)	93,567	27,425	2,332
จำนวนผู้ใช้งาน Application (download)	8,822	16,080	11,378

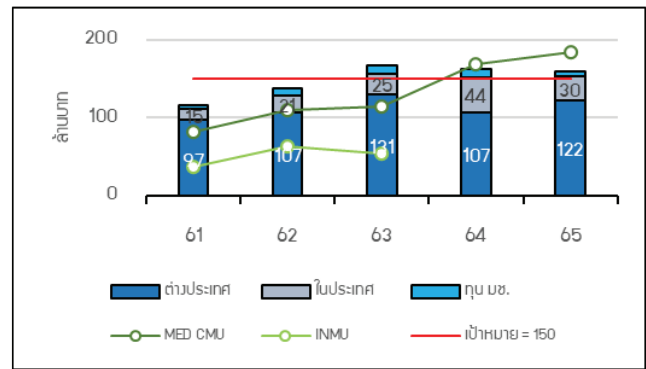
7.5 ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์

ก. ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด

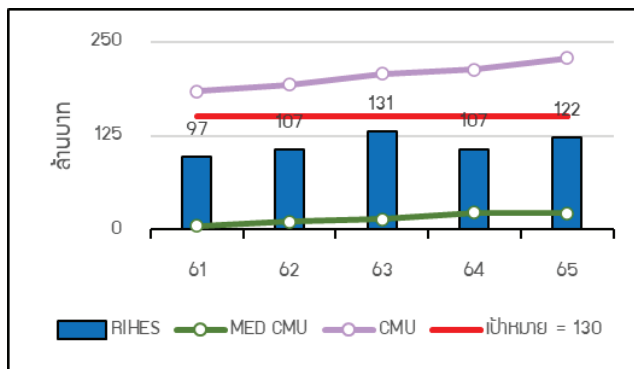
(1) ผลการดำเนินการด้านการเงิน สถาบันฯ มีการติดตามตัวชี้วัดทางการเงินที่สำคัญอย่างสม่ำเสมอ นำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านระบบงานดำเนินการวิจัยที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้มีสัดส่วนรายรับจากเงินสนับสนุนการวิจัย มากกว่าร้อยละ 70 ของรายรับทั้งหมด (7.5-1) ผลจากการดำเนินงานที่สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของแหล่งทุน กระบวนการทำงานวิจัยเป็นไปตามมาตรฐานสากล สร้างผลลัพธ์ที่มีคุณภาพสูงและเกินความคาดหมาย ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนวิจัยภายนอก (ไม่รวม มช.) ไม่น้อยกว่า 150 ล้านบาท ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (7.5-2) เป็นทุนสนับสนุนจากต่างประเทศไม่ต่ำกว่า 100 ล้านบาท/ปี (7.5-3) ส่วนใหญ่มาจากงานวิจัยในด้าน HIV (7.5-4) สถาบันใช้สมรรถนะหลักที่มีทั้งนักวิจัยและระบบสนับสนุน ร่วมกับเครือข่ายห่วงโซ่อุปทาน ความผูกพันของพันธมิตรและอาสาสมัคร นำมาซึ่งทุนวิจัยจากภาคอุตสาหกรรมและบริษัทที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (7.5-5)



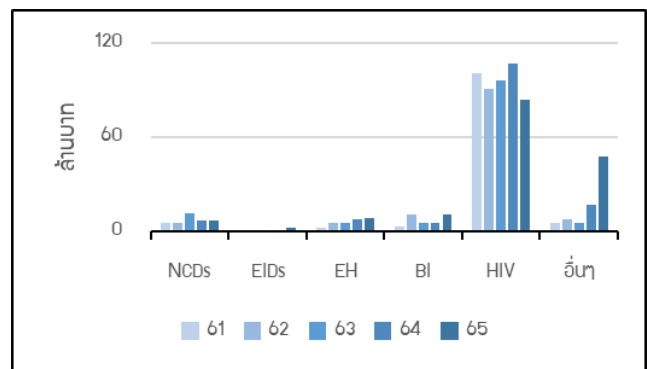
รูปที่ 7.5-1 งบประมาณที่สถาบันฯ ได้รับ



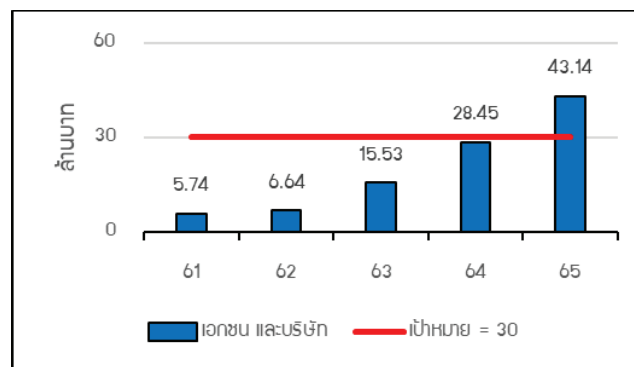
รูปที่ 7.5-2 ทุนสนับสนุนการวิจัยของสถาบันฯ



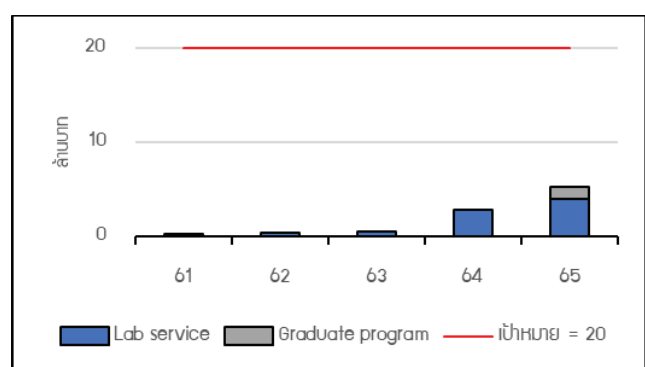
รูปที่ 7.5-3 ทุนสนับสนุนการวิจัยจากต่างประเทศ



รูปที่ 7.5-4 ทุนสนับสนุนการวิจัย จำแนกตามทิศทางการวิจัย



รูปที่ 7.5-5 รายได้จากภาคอุตสาหกรรม



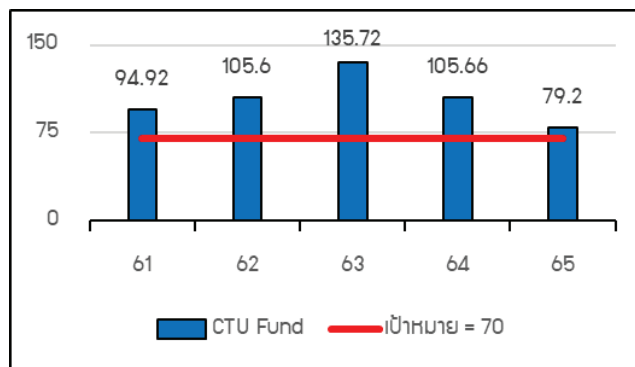
รูปที่ 7.5-6 รายได้อื่นๆนอกจากทุนวิจัย

แม้จะอยู่ภายใต้ภาวะเปรียบเทียบที่กำกับการใช้เงินงบประมาณและเงินลงทุน อย่างไรก็ตามสถาบันฯ สามารถปรับกลยุทธ์ เพื่อสร้างโอกาสจากความเสี่ยงที่คุ้มค่า นำมาซึ่งรายได้จากการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ ที่ส่งผลให้มีรายรับเพิ่มมากขึ้น 10 เท่า จากเมื่อ 2 ปีที่แล้ว (7.5-6) จากการบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ สถาบันฯ มีสภาพคล่องทางการเงินในระดับที่ดี (7.5-7)

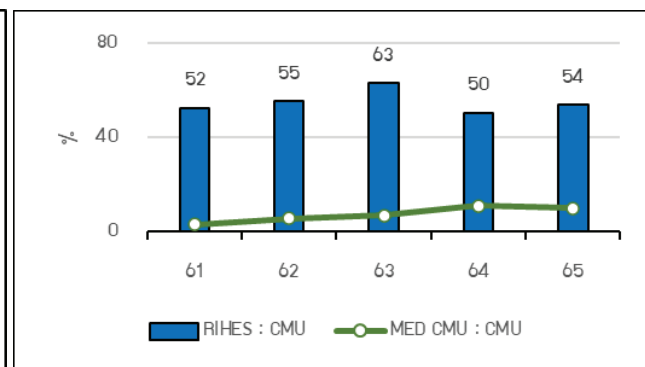
รูปที่ 7.5-7 ข้อมูลสถานะทางการเงินของสถาบัน

รายการ	สูตร	61	62	63	64	65
1.1 อัตราส่วนหมุนเวียน (Current ratio)	สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน (หน่วย : เท่า)	65.10	48.51	59.80	32.67	121.40
2.1 อัตรากำไรสุทธิ	กำไรสุทธิ/ขายสุทธิ (หน่วย : %)	(2.69)	3.38	16.49	13.54	16.63
2.2 Net Income (รายได้-ค่าใช้จ่าย=กำไร(ขาดทุน))	รายได้-ค่าใช้จ่าย (หน่วย : ล้านบาท)	(7.1)	16.7	53.5	42.6	4.1
3.1 อัตราการหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (Fixed Asset Turnover)	ขาย/สินทรัพย์ถาวร (หน่วย : เท่า)	11.84	16.86	6.82	4.55	0.32
3.2 ROA อัตราผลตอบแทนต่อสินทรัพย์รวม	กำไรสุทธิ/สินทรัพย์รวม(เฉลี่ย) (หน่วย : %)	(1.75)	4.01	11.73	8.17	0.79
3.3 EBITDA กำไรก่อนดอกเบี้ย ภาษี ค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย	รายได้-ค่าใช้จ่ายก่อนดอกเบี้ย ภาษี ค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย (หน่วย : ล้านบาท)	(5.2)	19.3	57.8	51.2	5.12
4.1 อัตราส่วนหนี้สินรวมต่อส่วนของทุน (Debt to Equity Ratio)	หนี้สินรวม/ทุน (หน่วย : เท่า)	0.01	0.02	0.02	0.03	0.01

(2) การตลาด สถาบันฯ มุ่งมั่นยกระดับการดำเนินงานให้มีมาตรฐานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ให้ได้รับการยอมรับในระดับสากล จนสามารถผ่านการรับรองเป็น Clinical Trial Unit ในด้าน HIV ของ NIH เพียงแห่งเดียวในประเทศไทยและทวีปเอเชีย นำมาซึ่งทุนสนับสนุนการวิจัยจาก NIH อย่างต่อเนื่อง (7.5-8) คิดเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในมหาวิทยาลัย (7.5-9)

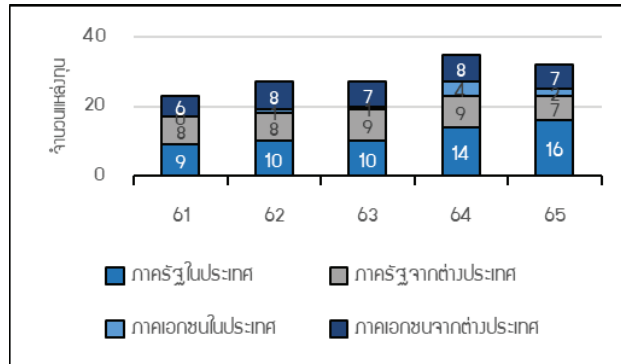


รูปที่ 7.5-8 ทุนวิจัยจาก CTU ภายใต NIH

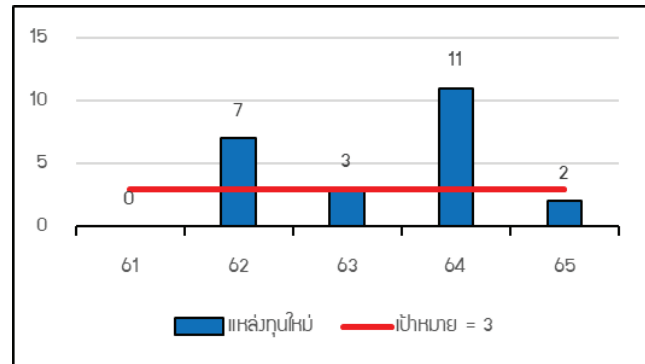


รูปที่ 7.5-9 ร้อยละทุนวิจัยต่างประเทศของสถาบันเทียบกับทั้ง มช.

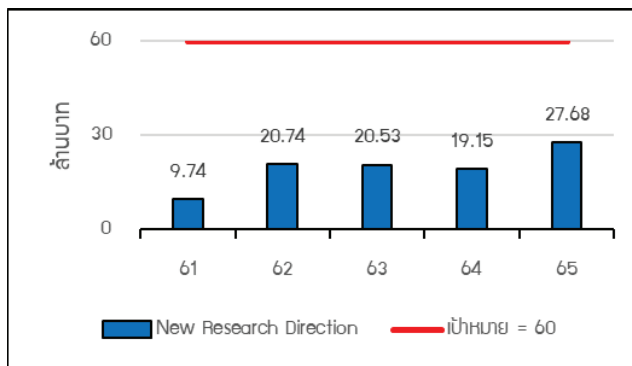
แม้สถาบันจะได้รับทุนวิจัยจากแหล่งทุนขนาดใหญ่จากต่างประเทศ เช่น NIH หรือบริษัทยา อย่างต่อเนื่อง แต่จากโอกาสและความท้าทายเชิงกลยุทธ์ สถาบันเล็งเห็นถึงความต้องการงานวิจัยทิศทางใหม่ที่เป็นความต้องการของประเทศ ส่งผลให้สถาบันได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนในประเทศเพิ่มขึ้น (7.5-10) ซึ่งผลจากการสื่อสารและสร้างเครือข่ายกับแหล่งทุนทำให้ได้รับทุนวิจัยจากแหล่งทุนใหม่ทุกปี (7.5-11) และทุนวิจัยที่เกี่ยวกับงานวิจัยทิศทางใหม่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (7.5-12) นอกจากนี้ การเปิดหลักสูตรนานาชาติ ทำให้ได้นักศึกษาต่างชาติ คิดเป็นร้อยละ 26% (7.5-13)



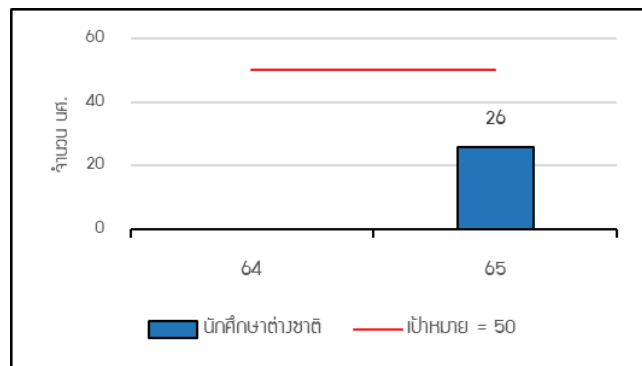
รูปที่ 7.5-10 จำนวนแหล่งทุนวิจัยของสถาบัน



รูปที่ 7.5-11 จำนวนแหล่งทุนวิจัยใหม่ของสถาบัน



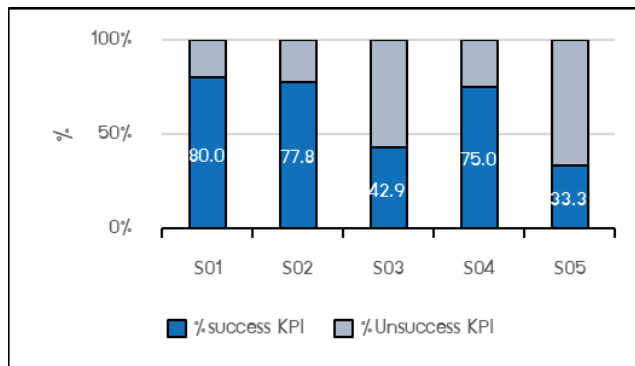
รูปที่ 7.5-12 ทุนสนับสนุนการวิจัยจากกลุ่มวิจัยใหม่



รูปที่ 7.5-13 ร้อยละนักศึกษาต่างชาติในหลักสูตร

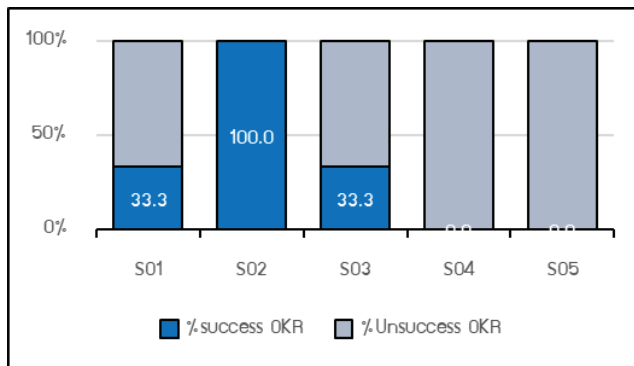
ข. ผลลัพธ์ด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

สถาบันฯ ถ่ายทอดแผน สนับสนุนทรัพยากร และเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ มีการติดตามและปรับปรุงแผนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ จากผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ทำให้ในปี 2565 สถาบันฯ บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด คิดเป็น 60% ของเป้าหมายทั้งหมด (7.5-14 และ 7.5.15)



SO	Total KPI	Unsuccess KPI	Success KPI	%Success KPI
SO1	15	3	12	80.0
SO2	9	2	7	77.8
SO3	7	4	3	42.9
SO4	4	1	3	75.0
SO5	3	2	1	33.3
Total	38	12	26	av = 61.8%

รูปที่ 7.5-14 ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการ



SO	Total OKR	Unsuccess OKR	Success OKR	%Success OKR
SO1	3	2	1	33.3
SO2	3	0	3	100.0
SO3	3	2	1	33.3
SO4	1	1	0	0
SO5	1	1	0	0
Total	11	6	5	45.4

รูปที่ 7.5-15 ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัดของแผนกลยุทธ์