

โปรดประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ ตามหัวข้อต่อไปนี้ สำหรับข้อที่ตอบว่า "มี" ให้
แนบหลักฐานที่มีการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 ประกอบด้วย

1. มีการจัดทำแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายฯ *
และเขตพื้นที่ที่มีขายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ที่ ประกาศเป็นลายลักษณ์
อักษรลงไว้ในที่เปิดเผย

- มี
 ไม่มี

หลักฐาน : ขอให้แนบบลิงก์แนวปฏิบัติที่หน่วยงานจัดทำขึ้นตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อ
จัดหาและการส่งเสริมการขายและเขตพื้นที่ที่มีขายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.
2564 และภาพถ่ายว่าได้แสดงแนวทางปฏิบัติไว้ในที่เปิดเผย (เช่น เว็บไซต์หลักของหน่วย
งาน หรือบริเวณสำนักงาน หรือบริเวณหน่วยจัดซื้อ ฯลฯ)

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

-

2. มีนโยบาย หรือการจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังวัฒนธรรม และปลูกจิตสำนึกบุคลากรที่ *
เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในประเด็นการขัดกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตัวกับผลประโยชน์
ส่วนรวม

- มี
 ไม่มี

หลักฐาน : ขอให้แนบบลิงก์ภาพถ่ายหรือข่าวประชาสัมพันธ์ ภาพการจัดกิจกรรม ผลการ
ประเมินกิจกรรม ตารางกำหนดการจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังวัฒนธรรม และปลูกจิตสำนึก
บุคลากรที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์จริยธรรมนี้ ให้ความเข้าใจเรื่องการขัดกันระหว่างผล
ประโยชน์ส่วนตัวกับผลประโยชน์ส่วนรวม เอกสารเพื่อแสดงความรู้ความการท่านได้มีผล
ประโยชน์ทับซ้อนในการประชุมเพื่อคัดเลือกยาเข้าหรือออกจากบัญชียาของเขตสุขภาพ /
จังหวัด / อำเภอ / อบจ. หรือไม่

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

-

3. มีการกำกับ ติดตาม การนำนโยบายและแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ใน *
พื้นที่

- มี
 ไม่มี

หลักฐาน : ขอให้แนบบลิงก์สรุปผลการนิเทศ หรือติดตามงานประจำปี หรือรูปภาพ หรือ *
กิจกรรมที่ดำเนินการ

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

-

4. *

ก. หน่วยงานของท่านเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดซื้อจัดหาหรือเขตพื้นที่ที่มีขายร่วม
ระดับจังหวัด / เขต / อำเภอ

- ใช่
 ไม่ใช่

4. *

ข. หน่วยงานของท่านเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นในการจัด
ซื้อจัดหาหรือเขตพื้นที่ที่มีขาย

- ใช่
 ไม่ใช่

4.1 คณะกรรมการในข้อ ก. หรือ ข. มีการประชุมคัดเลือกรายการยาโดยได้ดำเนินการตาม
แนวปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและ
การส่งเสริมการขายยากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการยา
และเวชภัณฑ์ที่มีใยยาที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

- มี
- ไม่มี

หลักฐาน (1) : ขอให้แนบลิงก์คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ *

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

- _____

หลักฐาน (2) : ขอให้แนบลิงก์รายงานการประชุมหรือรายงานผลการจัดซื้อยาร่วมระดับ
จังหวัด / เขต / อำเภอ หรือ องค์การปกครองท้องถิ่น *

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

- _____

หลักฐาน (3) : ขอให้แนบลิงก์เอกสารเพื่อแสดงตนว่าคณะกรรมการท่านใดมีผลประโยชน์
ทับซ้อนในการประชุมเพื่อคัดเลือกยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใยยา

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

- _____

4.2 คณะกรรมการในข้อ ก. หรือ ข. มีการเฝ้าระวัง ติดตาม เปรียบเทียบคุณภาพและราคา
ของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใยยา ในการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด / เขต / อำเภอ หรือองค์กร
ปกครองท้องถิ่น

- มี
- ไม่มี

หลักฐาน : ขอให้แนบลิงก์รายงานการประชุมเรื่องการเฝ้าระวัง ติดตาม เปรียบเทียบ
คุณภาพและราคาของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใยยา

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

- _____

4.3 กรณีบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นคณะกรรมการในข้อ ก. หรือ ข. รับการ
สนับสนุนจากบริษัทยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใยยา เข้าร่วมประชุม สัมมนา อบรม อบรม หรือ
บรรยายทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติตามประกาศ
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564

- มี
- ไม่มี

หลักฐาน : ขอให้แนบลิงก์หนังสืออนุมัติจากผู้บริหารให้เข้าร่วมประชุมได้ ฯลฯ *

(กรณีไม่มีการดำเนินการ ให้ใส่เครื่องหมาย -)

- _____

ข้อเสนอแนะ

โปรดให้คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับแนวทางปฏิบัติในการกำกับดูแลการส่งเสริมการขายยา
และเวชภัณฑ์ที่มีใยยาที่ควรนำมาใช้ เพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลในระบบยาของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- _____

กลับ

ถัดไป

ล้างแบบฟอร์ม

ห้ามส่งผ่านใน Google Forms

เนื้อหาไม่ได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google ราชอาณาจักรอินเดีย - สืบค้นมาในทวิตเตอร์ - นโยบายนี้อาจเป็นข้อผิดพลาด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ประเมินการดำเนินงาน
ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน ใน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 ตามประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกณฑ์จริยธรรม
การจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยา
และเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายของกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ. 2564

kh00215sk@gmail.com สลับบัญชี

บันทึกฉบับร่างแล้ว

* ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

คำนำหน้านาม *

- นาย
 นาง
 นางสาว
 อื่นๆ: _____

ชื่อ *

นิกร _____

นามสกุล *

เหลืองจันทัก _____

ตำแหน่ง *

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ _____

หมายเลขโทรศัพท์ *

- _____

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ *

087-8358811 _____

กลับ

ถัดไป

ล้างแบบฟอร์ม

ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอร์ม

เนื้อหาไม่มีได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google รายงานการละเมิด - ชัยกำหนดในการให้บริการ - นโยบายความเป็นส่วนตัว

Google ฟอร์ม

