



รายงานผลการดำเนินงาน  
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
ประจำปีงบประมาณ 2563

รอบ 12 เดือน



กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน ภารกิจด้านอำนวยการ

# ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัดผล	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง			ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ			
			1	2	3	4	5	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
<b>มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล</b>														
1.1	ทิศทางการวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	20	0.00-1.00	1.01-2.00	2.01-3.00	3.01-4.00	4.01-5.00	4.75	5	1.0000	4.75	5	1.0000
องค์ประกอบที่ 1	การกำหนดทิศทางการวิจัยที่สำคัญ	ร้อยละ	25	1	2	3	4	5	4	4	1.0000	4	4	1.0000
องค์ประกอบที่ 2	ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	ร้อยละ	25	1	2	3	4	5	5	5	1.2500	5	5	1.2500
องค์ประกอบที่ 3	การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์	ร้อยละ	25	1	2	3	4	5	5	5	1.2500	5	5	1.2500
องค์ประกอบที่ 4	ข้อเสนอโครงการวิจัยที่เสนอของประมาณผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)	ร้อยละ	10	1	2	3	4	5	5	5	0.5000	5	5	0.5000
องค์ประกอบที่ 5	การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ	ร้อยละ	15	1	2	3	4	5	5	5	0.7500	5	5	0.7500
1.2	ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	ร้อยละ	10	1	2	3	4	5	5	5	0.5000	5	5	0.5000
1.3	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	ร้อยละ	20	1	2	3	4	5	5	5	1.0000	5	5	1.0000
1.4	ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	ร้อยละ	10	1	2	3	4	5	5	5	0.5000	5	5	0.5000
<b>มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ</b>														
2.1	ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน	ร้อยละ	3	1	2	3	4	5	5	5	0.1500	5	5	0.1500
2.2	ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ	ร้อยละ	2	1	2	3	4	5	5	5	0.1000	5	5	0.1000
2.3	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA)	ร้อยละ	5	1	2	3	4	5	5	5	0.2500	5	5	0.2500

ตัวชี้วัดผล	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง			ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ			
			1	2	3	4	5	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ														
3.1	ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	ร้อยละ	5	76	78	80	82	84	85.68	5	0.2500	95.53	5	0.2500
3.2	ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	ร้อยละ	2	64	68	72	76	80	100	5	0.1000	100	5	0.1000
3.3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	ร้อยละ	3	1	2	3	4	5	5	5	0.1500	5	5	0.1500
มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร														
4.1	ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	ร้อยละ	6	1	2	3	4	5	5	5	0.3000	5	5	0.3000
4.2	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	ร้อยละ	6								0.0000			
4.2.1	การจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี (2563-2567)	ร้อยละ	2	1	2	3	4	5	5	5	0.1000	5	5	0.1000
4.2.2	ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)	ร้อยละ	2	1	2	3	4	5	5	5	0.1000	5	5	0.1000
4.2.3	บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	ร้อยละ	2	1	2	3	4	5	5	5	0.1000	5	5	0.1000
4.3	Digital Reform (Digital Transformation)	ร้อยละ	8	1	2	3	4	5	5	5	0.4000	5	5	0.4000
รวมค่าถ่วงน้ำหนัก											5.0000			5.0000

รายงาน ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2563

ผู้รายงาน นางสาวขวัญฤทัย ศุภการ หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 02-202-6800 ต่อ 1524, 3205

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research, TA, CPG, MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด และสนับสนุนวิชาการ
--	---

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414
---------------------------------------	---------------------------------

คำอธิบาย :

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยี เพื่อพัฒนาการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพ จึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์จึงจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ ประกอบกับรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบาย Thailand 4.0 และกรมการแพทย์ได้จัดทำและปรับแผนยุทธศาสตร์วิชาการกรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มียุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) การพัฒนาสร้างเสริมเข้มแข็งและเพิ่มศักยภาพด้านบริการและวิชาการให้ได้นั้น มีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาที่สำคัญ คือ หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจนวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการ โดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพสามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

**เกณฑ์การให้คะแนน** กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 5 องค์ประกอบดังนี้

1. การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
2. ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
3. การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
4. ข้อเสนอโครงการวิจัยที่เสนอของงบประมาณผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)	(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)
5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

**องค์ประกอบที่ 1** การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2563 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

- มีคณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบายทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน
- จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 – 2565
- ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ จำนวน 7 เรื่อง
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการวิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน เรื่องการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และจุดคุ้มทุนของการฉายรังสีแบบปรับความเข้ม ด้วยเครื่องฉายรังสีแบบเกลียวหมุน ในการรักษามะเร็งเต้านม โดยวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลจากการสร้างแบบจำลอง (The Economic Evaluation and break-even point of Intensity-Modulated Radiation Therapy (Helical Tomotherapy) in Breast Cancer: A Model-Based Cost Effectiveness Analysis)

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์
2. สำเนาคำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ 55/2563 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. สำเนาคำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ 56/2563 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. แผนงานที่ 6 พัฒนาความเป็นเลิศด้านการวิจัย / นวัตกรรมด้านโรคมะเร็ง

**องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ
2	กลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน งานวิชาการของบุคลากรในสังกัด (ให้สามารถดำเนินโครงการตามแผนจนเสร็จ)
3	จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย(research) และงานวิชาการอื่นๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน
4	มีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานวิชาการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงการนำผลงานไปใช้ประโยชน์
5	มีรายงานผลการดำเนินงานของ กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่ดูแลงานวิชาการ เพื่อรายงานการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานเป็นรอบๆ และประจำปี

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงรายบุคคล ตามเกณฑ์ประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย(research) และงานวิชาการอื่นๆ (academic) อย่างชัดเจน
2. มีการติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการของกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ
3. มีรายงานผลการดำเนินงานของทุกกลุ่มงาน ที่ดูแลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อรายงานการบริหารจัดการงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นรอบๆ และประจำปี

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. ข้อมูลองค์ความรู้ด้านการแพทย์เฉพาะทางที่ผ่านการวิจัย พัฒนา ได้นำไปตีพิมพ์ เผยแพร่ใช้ประโยชน์ หรือนำเสนอในที่ประชุมวิชาการ

2. ข้อมูลองค์ความรู้ด้านโรคมะเร็งที่ได้ศึกษา วิจัย และพัฒนาในปี พ.ศ. 2562
3. ข้อมูลองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์เรื่องโรคมะเร็งที่ถ่ายทอดให้แก่บุคคลภายนอก
4. ข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนงานวิชาการ
5. รายงานประจำปีสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 (draft)

**องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <b>นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม</b>
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงานสามารถ <b>นำเสนอ</b> ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <b>นำเสนอ</b> ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ฯ (อย่างน้อย 2 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ)

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนื่องที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. มีผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม
2. มีโครงการวิจัยจำนวน 2 โครงการ ได้แก่ (1) การตรวจหาการแสดงออกของยีน MicroRNA-26a และ VEGFA ในพลาสมาของผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ต้นของคนไทย (2) การศึกษาเบื้องต้นเรื่องการแสดงออกของp95HER2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. มีโครงการ TA เรื่อง The economic evaluation of helical tomography radiation therapy in breast/head and neck cancers: a model-based cost effectiveness analysis และ
4. มีโครงการ Clinical Practice Guidelines เรื่องแนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. ข้อมูลผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ เผยแพร่
2. ข้อมูลโครงการวิจัยจำนวน 2 โครงการ
3. ข้อมูลโครงการ TA
4. ข้อมูลโครงการ CPG

**องค์ประกอบที่ 4 ข้อเสนอโครงการวิจัยที่เสนอของงบประมาณผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2562 นับโครงการต่อเนื่องได้)
2	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2563 นับโครงการต่อเนื่องได้)
3	มีโครงการงานวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2564 นับโครงการต่อเนื่องได้)
4	โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.)ปี 2563 และ/หรือ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์หรือจากแหล่งทุนอื่น
5	โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.) ปี 2563 และได้รับงบประมาณสนับสนุน สามารถดำเนินงานได้ตามแผนงานและมีการรายงานผลการดำเนินการตามกำหนด

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

โครงการงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.) ปี 2563 และได้รับงบประมาณสนับสนุน สามารถดำเนินงานได้ตามแผนงานและมีการรายงานผลการดำเนินการตามกำหนด จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

1. การตรวจหาการแสดงออกของยีน MicroRNA-26a และ VEGFA ในพลาสมาของผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับของคนไทย
2. การศึกษาเบื้องต้นเรื่องการแสดงออกของ p95HER2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. ข้อมูลการขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัยและขออนุมัติใช้จ่ายเงินโครงการ
2. เอกสารรายละเอียดข้อมูลโครงการ จำนวน 2 โครงการ

**องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)**

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

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

มีผลงานวิชาการของหน่วยงานที่นำเสนอที่ประชุมวิชาการต่างประเทศและตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ และวารสารทางการแพทย์ไทย ที่เป็นที่ยอมรับ จำนวน 7 เรื่อง

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. ข้อมูลผลงานที่ตีพิมพ์ เผยแพร่ ระดับนานาชาติ

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)
1	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00
2	1.01 – 2.00
3	2.01 – 3.00
4	3.01 – 4.00
5	4.01 – 5.00

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

- องค์ประกอบที่ 1       $3 \times 0.25 = 0.75$
- องค์ประกอบที่ 2       $5 \times 0.25 = 1.25$
- องค์ประกอบที่ 3       $5 \times 0.25 = 1.25$
- องค์ประกอบที่ 4       $5 \times 0.10 = 0.50$
- องค์ประกอบที่ 5       $5 \times 0.15 = 0.75$

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ทิศทางการวิชาการ (Research, TA, CPG, MD) เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	20	ผลรวมคะแนนทุกองค์ประกอบ = 4.5	5	1.0000

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.2 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด และสนับสนุนวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
---	---

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520, 2600

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414, 2207, 2602

คำอธิบาย :

**นวัตกรรมทางการแพทย์** หมายถึง ผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการที่เกี่ยวกับการยกระดับการ รักษา การวินิจฉัย การเรียนรู้ การป้องกันที่มีคุณภาพและปลอดภัยทางการแพทย์ ทั้งที่เป็นสิ่งใหม่หรือพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญและนำไปใช้ประโยชน์ในวงการแพทย์ ทั้งในเชิงพาณิชย์และสาธารณะ

**การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์** หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการการบริหารจัดการบุคลากร ตลอดจนกลยุทธ์และเครื่องมืออย่างเป็นระบบที่สามารถดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้าน นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

แนวทางการประเมิน : แบ่งระดับการให้คะแนนโดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบ 1 : การประดิษฐ์คิดค้น (Innovation)	(น้ำหนัก : ร้อยละ 30)
องค์ประกอบ 2 : พัฒนาการ (Development)	(น้ำหนัก : ร้อยละ 50)
องค์ประกอบ 3 : การนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป	(น้ำหนัก : ร้อยละ 20)

เกณฑ์การให้คะแนน : ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)	
	6 เดือน	12 เดือน
1	1	1
2	1.01 - 1.50	1.01 - 1.50
3	1.51 - 2.00	1.51 - 2.00
4	2.01 - 2.50	2.01 - 2.50
5	2.51 - 3.00 ขึ้นไป	2.51 - 3.00 ขึ้นไป

**องค์ประกอบที่ 1 การประดิษฐ์คิดค้น (Innovation) : นำหน้าร้อยละ 30**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 1
1	มีการสร้างบรรยากาศเพื่อมุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์
2	มีกระบวนการคิดค้นและประดิษฐ์ผลงาน เกิดผลงานนวัตกรรมหรือมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจากของเดิมที่มีอยู่
3	มีการจัดทำต้นแบบนวัตกรรมทางการแพทย์
4	มีการนำนวัตกรรมทางการแพทย์ไปทดลองใช้และปรับปรุงนวัตกรรม
5	มีผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์อยู่ในกระบวนการจดอนุสิทธิบัตรสิทธิบัตร และหรือ ลิขสิทธิ์

หมายเหตุ : ต้องดำเนินการครบทุกกระบวนการตามลำดับ

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. มีการสร้างบรรยากาศเพื่อมุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ โดยมีการจัดทำโครงการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยข้อไหล่ติด โดยเริ่มต้นเป็นเพียงความต้องการค้นหาขนาดของปัญหาภาวะข้อไหล่ติด และได้้นำกระบวนการวัดข้อไหล่ด้วยวิธีการปกติ คือการใช้ Goniometer มาใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาและประเมินความรุนแรงในภาวะดังกล่าว
2. ได้มีการวิเคราะห์ผล และการปรับปรุงวิธีการที่ดีขึ้น ซึ่งเมื่อนำปัญหามาทำการวิเคราะห์ จึงได้มีการเปลี่ยนผู้ที่ทำการวัด โดยให้หนักกายภาพบำบัด ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและคุ้นเคยกับเครื่องมือเป็นผู้ดำเนินการ
3. ดำเนินการประดิษฐ์เครื่องมือการวัดแบบใหม่ ชื่อว่า Thai Arthometric Navigator Scale (TAN Scale) โดยใช้หลักการ 3 ข้อ คือ (1) วัดเองได้ (2) ใครใช้ก็ได้ และ (3) สามารถทราบผลทางคลินิกได้อย่างรวดเร็ว
4. มีการพัฒนานวัตกรรม โดยทบทวนและพัฒนานวัตกรรมบริการด้วยสิน จากผลการดำเนินงานการใช้งาน เพื่อจะแก้ปัญหาข้อหวดจากการคัดแยกผู้ป่วยที่มีข้อไหล่ติดด้วยเครื่องมือ TAN Scale ทีม ECT Breast จึงได้ใช้แนวคิดในการพัฒนาด้วยเทคนิคของสิน (LEAN technique)
5. ทีมและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้นำเสนอผลงาน และถูกคัดเลือกเข้าประกวดนวัตกรรมกระบวนการค้นหาข้อไหล่ติดและได้รางวัลนวัตกรรมบริการภาครัฐดีเด่นระดับประเทศ จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.)

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. เอกสารแบบรายงานส่งกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 31 มกราคม 2563

**องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาการ (Development) : หน้าที่ร้อยละ 50**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 2
1	มีผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา
2	มีผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์อยู่ในระหว่างการขอพิจารณา หรือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการใช้ในคน (EC)
3	มีผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์อยู่ในกระบวนการวิจัยและหรือประเมินเทคโนโลยี
4	มีการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก (Clinical Trials)
5	- มีผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ผ่านกระบวนการวิจัยและหรือประเมินเทคโนโลยีเข้าร่วมนำเสนอในการประชุมวิชาการด้านนวัตกรรมอย่างน้อย 1 เรื่อง - มีนวัตกรรมที่เข้าร่วมการประชุมวิชาการด้านนวัตกรรมอย่างน้อย 1 คน

หมายเหตุ : ระดับคะแนนที่ 3 และ 4 สำหรับกรณีนวัตกรรมที่ใช้ในคน/ผู้ป่วย

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. จากผลการใช้งาน เพื่อจะแก้ปัญหาคอขวดจากการคัดแยกผู้ป่วยที่มีข้อไหล่ติดด้วยเครื่องมือ TAN Scale ทีม ECT Breast จึงได้ใช้แนวคิดในการพัฒนาด้วยเทคนิคของสลิ้น (LEAN technique) โดยการวิเคราะห์ คอขวดของงาน และทำการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง และตรวจสอบผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าปัญหาของผู้ป่วยที่มีข้อไหล่ติดจะเกิดในระยะ 5 วันแรก หลังการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อทำการแก้ไขตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยด้วยการบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่องพบว่า ที่ระยะ 3 เดือน ภาวะดังกล่าวจะลดลง ซึ่งหมายความว่ามีความ over production ในระบบการคัดกรองภาวะข้อไหล่ติดเกิดขึ้น ทีมจึงคิดค้นกระบวนการคัดแยก ผู้ป่วยที่มีองศาข้อไหล่ในเกณฑ์ปกติออกจากกระบวนการประเมินด้วยเครื่องมือ TAN Scale โดยมีหลักการสำคัญ คือ ต้องสะดวก ง่าย รวดเร็ว และผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติได้เอง ด้วยการพัฒนาวิธี “Shoulder Lift Technique” (SLT) คือการยกแขนด้านหน้า และด้านข้าง เมื่อผู้ป่วยเข้ามาลงทะเบียนเพื่อรับการตรวจติดตามการรักษาโดยผู้ป่วยทุกรายที่มี องศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ต่ำกว่า 180 องศา จะได้รับการประเมินด้วย TAN Scale ต่อไป

2. มีการส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมอบรมและพัฒนาทักษะด้านนวัตกรรมของย่านนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

- เอกสารแบบรายงานส่งกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 31 มกราคม 2563
- หนังสือขอเชิญส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมอบรมและพัฒนาทักษะด้านนวัตกรรมของย่านนวัตกรรมทางการแพทย์

โดย

3. หนังสือขออนุมัติเข้าร่วมอบรม (น.ส.ปัทมา วงศ์ศิริศิลป์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ)

**องค์ประกอบที่ 3 การนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป : น้ำหนักร้อยละ 20**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 3
1	มีการนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์เผยแพร่ในการประชุมวิชาการหรือสาธารณะ
2	มีการจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอด
3	มีการพัฒนาต่อยอดสามารถนำไปใช้เชิงสาธารณะ และหรือเชิงพาณิชย์
4	มีการดำเนินการขอขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและหรือได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
5	มีการผลักดัน และหรือได้รับการขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทยและสิ่งประดิษฐ์

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. เพื่อให้การดำเนินงานมีความเป็นมาตรฐาน และสามารถจะถ่ายทอดได้ ทีมจึงได้จัดทำ “คู่มือการใช้เครื่องมือวัดข้อไหลด้วยตนเอง” ขึ้น รวมทั้งจัดทำการสร้างเครื่องมือ TAN scale เพิ่มเติม ให้กับผู้สนใจ และนำไปเผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศกว่า 40 แห่ง ได้ทดลองนำเอาเครื่องมือ TAN Scale ไปใช้งาน

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. เอกสารแบบรายงานส่งกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 31 มกราคม 2563

**การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	10	4.6	5	0.5000

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์  
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด  
และสนับสนุนวิชาการ  
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ  
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และ  
แผนงาน

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414, 2207, 3205

คำอธิบาย :

การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์ กรมการแพทย์  
ที่ดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence)  
ให้ครอบคลุม 7 องค์ประกอบ คือ

1. การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care)
2. การรับส่งต่อ (Referral)
3. การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment)
4. การพัฒนาบุคลากร (Training)
5. การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference)
6. การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy)
7. การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)

การพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ เน้นพัฒนาทั้ง 15 ด้าน เพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์  
ระดับชาติ (National Institutes) ต่อไป ซึ่งการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะต้องดำเนินการพัฒนา และ  
ประเมินทุกองค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา และยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้  
มีความสมบูรณ์ทัดเทียมระดับสากลดังนั้นระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความทำ  
หายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุม 7 องค์ประกอบภายใน 3 ปี

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)
1	1
2	1.01 – 2.00
3	2.01 – 3.00
4	3.01 – 4.00
5	4.01 – 5.00

\* หมายเหตุ : ค่าระดับคะแนนส่วนนี้มาจากผลรวมของคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบ หรือ 7 CoE

### เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ 1.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

การวัดผลการดำเนินงานจากการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ แบ่งตาม 7 องค์ประกอบ คือ

1. การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care)	น้ำหนักร้อยละ 10
2. การรับส่งต่อ (Referral)	น้ำหนักร้อยละ 10
3. การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment)	น้ำหนักร้อยละ 20
4. การพัฒนาบุคลากร (Training)	น้ำหนักร้อยละ 10
5. การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference)	น้ำหนักร้อยละ 20
6. การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy)	น้ำหนักร้อยละ 20
7. การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)	น้ำหนักร้อยละ 10

#### องค์ประกอบที่ 1 การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : น้ำหนักร้อยละ 10

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 1
1	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 3 ตัวชี้วัด
2	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 4 ตัวชี้วัด
3	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 5 ตัวชี้วัด
4	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 6 ตัวชี้วัด
5	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 7 ตัวชี้วัด (โดยเพิ่มตัวชี้วัดด้าน Outcome)

#### คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินการจัดทำและส่งตัวชี้วัดที่คัดเลือก จำนวน 7 ตัวชี้ ตามองค์ประกอบที่ 1 ดังนี้

**Process** (1) ระยะเวลาการรอตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลแมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป ไม่เกิน 2 สัปดาห์

(2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์

**Outcomes** (3) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของมะเร็งเต้านมตามระยะโรค (5 Year Survival Rate By Stage)

(4) สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2

(5) สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2

**Patient Safety** (6) ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Complication in Breast Cancer Patients)

(7) ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดการคลาดเคลื่อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยมีความรุนแรงของ

อุบัติเหตุระดับ D ขึ้นไป

เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2563 โดยส่งให้กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ภายในวันที่ 31 มกราคม 2563 และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 5 ตัวชี้วัด

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. รายละเอียดตัวชี้วัดตามแบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2563

**องค์ประกอบที่ 2 การรับส่งต่อ : น้ำหนักร้อยละ 10**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 2
1	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยในโรคที่เป็นภารกิจหลัก ร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
2	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยในโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 65 แต่ไม่เกินร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
3	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยในโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 75 แต่ไม่เกินร้อยละ 85 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
4	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยในโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 85 แต่ไม่เกินร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา
5	รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยในโรคที่เป็นภารกิจหลัก ร้อยละ 95 ขึ้นไปของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In ภาพรวมเขตบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563
2. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In Top - 5 โรงพยาบาลที่ส่งต่อ 3 เขตสุขภาพแรก
3. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In Top - 10 โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ปีงบประมาณ 2563
4. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In แบ่งตามการประสาน Refer/Walk ปีงบประมาณ 2563
5. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In แบ่งตามเหตุผลการส่งต่อ ปีงบประมาณ 2563
6. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In แบ่งตามสิทธิการรักษาในการรับส่งต่อ ปีงบประมาณ 2563
7. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In แบ่งตาม CANCER / NON-R / O CANCER ปีงบประมาณ 2563
8. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In แบ่งตามข้อมูลการวินิจฉัยโรค CA 5 ลำดับแรก ปีงบประมาณ 2563

9. ดำเนินการจัดทำข้อมูล Refer In แบ่งตามข้อมูลการวินิจฉัยโรค NON CA 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2563

สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการรับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือโรคที่เป็นภารกิจหลัก โดยมีการจัดระบบการรับส่งต่อ คือ การทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจที่ตรงกัน หรือข้อตกลงที่จะร่วมมือระหว่างสองฝ่าย (MOU) กับโรงพยาบาลใกล้เคียง และโรงพยาบาลภายในสังกัดกรมการแพทย์ด้วยกัน เนื่องจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยที่รับ Refer มา มีโรคประจำตัว หรือโรคที่ต้องรักษาแทรกซ้อนอื่นๆ จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อเพื่อทำการรักษาโรคนั้นๆ ก่อนที่จะส่งกลับมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อรักษาโรคมะเร็งต่อไป ตามลำดับ โดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงบางส่วน ดังนี้

- (1) การทำ MOU กับสถาบันประสาทวิทยา
- (2) การทำ MOU กับโรงพยาบาลรามธิบดี
- (3) การทำ MOU กับสถาบันทรวงอก
- (4) การทำ MOU กับโรงพยาบาลราชวิถี

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

-

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

-

หลักฐานอ้างอิง

1. เอกสารข้อมูลการ Refer In ปีงบประมาณ 2563
2. ข้อมูล Refer In มายัง NCI (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 10 สิงหาคม 2563)

**องค์ประกอบที่ 3 การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ : ให้นำหน้าร้อยละ 20**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 3
1	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อนำมาจัดทำแผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตามบริบทของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
2	จัดทำแผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ในข้อ 1
3	มีการจัดทำโครงการตามแผนงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
4	ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1) หรือวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศที่มี Impact factor

5	ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือเป็นต้นแบบการพัฒนาาระบบสุขภาพ ในเขตบริการสุขภาพ หรือพื้นที่เป้าหมาย
---	---

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. ดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Brief) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการใช้ HPV Genotyping โดยการเปลี่ยนวิธีจากเดิมด้วยการใช้ Pap Smear มาเป็นวิธีแบบใหม่ โดยวิธี HPV DNA Test เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพความถูกต้องและความแม่นยำของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดอุบัติการณ์และการตายจากมะเร็งปากมดลูกในประชากรหญิงไทยด้วยการคัดกรองเพื่อตรวจหาโรคในระยะเริ่มต้น และลดความสูญเสียทั้งในด้านการรักษาพยาบาล หรือการสูญเสียรายได้และประโยชน์ของภาครัฐ

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. เอกสารข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าของ HPV DNA Test ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากร ในประเทศไทย
2. หนังสือขอสั่งการตามมติคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ ครั้งที่ 5/2562
3. เอกสารประกอบข้อมูลความก้าวหน้าในการเตรียมรองรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test

**องค์ประกอบที่ 4 การพัฒนาบุคลากร : น้ำหนักร้อยละ 10**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หลักสูตร Training ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
2	มีการประเมินผลหลักสูตร Training ต่อเนื่องทุกปี
3	มีการจัดหลักสูตร Training ต่อเนื่องเป็นประจำอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน
4	มี International training program ที่เป็นความร่วมมือกับต่างประเทศ
5	มี International training program ที่รับ International students หรือส่ง students ไปต่างประเทศ

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ด้านมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ในเขตบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มประเทศอาเซียน (ประเทศเมียนมา) ณ โรงพยาบาลการแพทย์เฉพาะทางย่างกุ้ง

(Yangon Specialty Hospital)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

-

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

-

หลักฐานอ้างอิง

1. การจัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ด้านมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีในเขตบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มประเทศอาเซียน (ประเทศเมียนมา) ณ โรงพยาบาลการแพทย์เฉพาะทางย่างกุ้ง (Yangon Specialty Hospital)

**องค์ประกอบที่ 5 การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 20**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 5
1	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับหน่วยงาน
2	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกรมการแพทย์
3	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกระทรวงสาธารณสุข
4	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับประเทศ
5	มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับต่างประเทศ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1. มีการจัดเก็บข้อมูลและอ้างอิงข้อมูลในระดับต่างประเทศ International Agency for Research on Cancer

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

-

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป

-

หลักฐานอ้างอิง

1. ข้อมูลจาก International Agency for Research on Cancer

**องค์ประกอบที่ 6 การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย : น้ำหนักร้อยละ 20**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 6
1	มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับหน่วยงานที่ผ่านความเป็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ
2	มีรายงานการวิเคราะห์ประเด็นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย
3	จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายตาม CoE
4	ส่งข้อเสนอเชิงนโยบายให้กรมการแพทย์เพื่อทราบ และพิจารณา
5	ข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการนำเสนอ และนำไปปฏิบัติในหน่วยงานนอกกรมการแพทย์

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ จึงได้จัดทำโครงการนำร่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปี พ.ศ. 2553 โดยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ให้กับประชาชนที่มีอายุ 50 - 65 ปี ในจังหวัดลำปาง ผลการดำเนินงาน ทำให้ทราบถึงความเป็นไปได้ในการใช้ FIT Test เป็นวิธีการคัดกรองในระดับชุมชน จากนั้นได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ และมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จากหน่วยงาน Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP พบว่ามีความคุ้มค่าสมควรจัดทำเป็นนโยบายของประเทศ

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. เอกสารข้อมูล NCI SUCCESS STORY : NATIONAL COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM From "The Best of The Best" To " The Best for The Most"

**องค์ประกอบที่ 7 การมีเครือข่ายวิชาการ : น้ำหนักร้อยละ 10**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 7
1	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์
2	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุข

3	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในประเทศ นอกกระทรวงสาธารณสุข
4	มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ
5	มีการเทียบเคียง (Benchmarking) ผลการดำเนินงาน หรือ ตัวชี้วัดที่สำคัญ กับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานด้านเดียวกัน และผลการดำเนินการอยู่ในระดับเดียวกันหรือสูงกว่า

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ**

1. มีการเทียบเคียง (Benchmarking) ผลการดำเนินงาน และตัวชี้วัดที่สำคัญ กับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานด้านเดียวกัน และมีผลการดำเนินการอยู่ในระดับเดียวกันหรือสูงกว่า

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน**

-

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน**

-

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป**

-

**หลักฐานอ้างอิง**

1. ข้อมูล Clinical Outcome

**การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	20	4.8	5	1.0000

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบาย  
และยุทธศาสตร์การแพทย์

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406, 2249

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการ มีบทบาทภารกิจในการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วน มีบทบาทสนับสนุนให้หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ขับเคลื่อนงานบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิทุติยภูมิตติยภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนดการพัฒนา ระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศในการดำเนินการที่ผ่านมาถือว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชน แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

**เขตสุขภาพ** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการทำงานมุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพ ครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

**ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ** หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์ สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ เป็นต้น

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

ระดับคะแนน	ระดับความสำเร็จ
1	มีการศึกษา วิเคราะห์ ทบทวนข้อมูลด้านโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศ
2	มีฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Status) ด้านโรคมะเร็งและจัดลำดับความสำคัญของเขตสุขภาพที่ต้องให้การสนับสนุน ( Health Need ) ด้านวิชาการโดยให้สอดคล้องกับ 6 building block
3	จัดทำแผนเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความต้องการสนับสนุนจากเขตสุขภาพ
4	มีการดำเนินงานตามแผนความต้องการของเขตสุขภาพและพื้นที่ที่รับผิดชอบ
5	มีการจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามความต้องการด้านวิชาการและบริการของเขตสุขภาพและข้อเสนอแนะ เสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์

\* หมายเหตุ : กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการต่อได้เนื่องจากสถานการณ์ (COVID-19) พิจารณายกผลประโยชน์ให้

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1	✓				
2	✓	✓			
3	✓	✓	✓		
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓	✓	✓	✓	✓

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของความร่วมมือ ด้านวิชาการและบริการกับเขต สุขภาพ	10	5	5	0.5000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคมะเร็ง (Cancer) ปี 2563
2. ดำเนินการจัดทำข้อมูลทรัพยากรด้านมะเร็ง จำแนกตามเขตสุขภาพ

<p>3. ดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2563</p> <p>4. จัดประชุมชี้แจงโครงการ การชี้แจงแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ในเขตบริการสุขภาพ ผ่านระบบ Tele Conference ให้กับพื้นที่ 24 จังหวัดนำร่องทั่วประเทศ และลงพื้นที่ชี้แจงโครงการเรียบร้อยแล้ว ทั้งหมด 10 เขตสุขภาพ (เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงไม่สามารถลงพื้นที่ชี้แจงโครงการที่เหลือได้)</p> <p>5. ประชุมผ่านระบบ Tele Conference ร่วมกับโรงพยาบาลมะเร็งทั้ง 7 แห่ง เพื่อวางแผนและจัดระบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test</p> <p>6. ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร Basic Principle of Colposcopy and Management of Abnormal Cervical Cancer Screening สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ครั้งที่ 1 เสร็จเรียบร้อยแล้ว (เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงไม่สามารถจัดอบรมครั้งที่ 2 ที่จังหวัดนครสวรรค์ได้)</p> <p>7. เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงไม่สามารถจัดอบรมโครงการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้</p> <p>8. ดำเนินจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามความต้องการด้านวิชาการและบริการของเขตสุขภาพและข้อเสนอแนะ เสนอต่อผู้บริหารกรมการแพทย์</p>
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :-</b></p>
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b></p> <p>เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงไม่สามารถปฏิบัติภารกิจให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้</p>
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :-</b></p>
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b> มีไฟล์เอกสารแนบ</p> <p><b>เอกสารรอบ 6 เดือน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานสถานการณ์โรคมะเร็ง (Cancer) ปี 2563</li> <li>2. แผนการดำเนินงาน ประจำปี 2563 ไตรมาสที่ 1 และ 2</li> </ol> <p><b>เอกสารรอบ 12 เดือน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. แผนการดำเนินงาน ประจำปี 2563 ไตรมาสที่ 3</li> <li>4. หนังสือที่ สธ 0315/877 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2563 เรื่องขอส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง ปี 2563</li> </ol>

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.1 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบ สุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์การแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
---	--

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520, 2600	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406, 2249, 2605
---------------------------------------	---

**คำอธิบาย :**

ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ประเด็นที่ 6.2 การยกระดับงานบริการประชาชนและการอำนวยความสะดวกของภาครัฐสู่ความเป็นเลิศ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งประชาชนและนักธุรกิจเอกชน โดยมีการเชื่อมโยงผ่านระบบดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เชื่อมโยงทุกส่วนราชการในการให้บริการประชาชน เช่น การพัฒนาระบบกลางของภาครัฐในการให้บริการธุรกิจตลอดวงจรการประกอบธุรกิจ (Single Portal for Business) ด้วยการใช้ระบบดิจิทัลบูรณาการข้อมูล/เอกสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้สามารถติดต่อราชการได้แบบเบ็ดเสร็จได้ตลอดวงจร โปร่งใสตรวจสอบได้ และผู้รับบริการได้รับความสะดวก สามารถเข้าถึงงานบริการภาครัฐได้ง่ายทั่วถึง และหลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสม

**ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)** เป็นเอกสารที่บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน โดยทั้ง 2 ฝ่ายต้องร่วมกันกำหนดขอบเขตของการให้บริการ ระดับการให้บริการ (Level of Service) ขั้นต่ำที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ซึ่งข้อตกลงระดับการให้บริการเปรียบเสมือนพันธสัญญาถึงระดับคุณภาพของบริการและความโปร่งใสที่ผู้ให้บริการมีให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นองค์ประกอบของข้อตกลงจะประกอบด้วย ขอบเขตการให้บริการ ข้อกำหนดการให้บริการ ระดับการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และการรับเรื่องร้องเรียน

คู่มือการให้บริการเป็นการต่อยอดจาก “**ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)**” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีแผนการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Gantt Chart)
2	หน่วยงานส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน
3	จัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการ ตามแบบฟอร์ม A-E (อย่างน้อย 3 กระบวนการ)
4	จัดทำคู่มือในรูปแบบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และ เผยแพร่บนเว็บไซต์ หรือ Social Media ของหน่วยงาน (จำนวนกระบวนการตามแผนปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการฯ ในระดับคะแนนที่ 3)
5	จัดทำคู่มือฯ ในรูปแบบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ หรือ Social Media ของหน่วยงาน (จำนวนกระบวนการตามปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการฯ ในการประเมินรอบ 6 เดือน)

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน	3	5	5	0.1500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- ดำเนินการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Gantt Chart)
- สถาบันแม่เร้งแห่งชาติส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน
- การดำเนินการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2563 จำนวน 3 กระบวนการ
  - ประชุมวางแผนเพื่อหากระบวนการใหม่ ดังนี้
    - กระบวนการในการลงทะเบียน/ตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ
    - กระบวนการ การรับบริการการดูแลเตรียมความพร้อมในการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินอาหาร

<p>(3) กระบวนการ การรับบริการการดูแลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยในการรับการผ่าตัดทวารใหม่</p> <p>3.2 รวบรวมข้อมูลความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>3.3 นำข้อมูลที่วิเคราะห์มาจัดทำข้อตกลงระดับการให้บริการตามแบบฟอร์ม (A-E) และข้อตกลงระดับการให้บริการ</p> <p>3.4 จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนตามแบบฟอร์ม (A-E) และข้อตกลงระดับการให้บริการ เพื่อเป็นการตกลงกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p> <p>3.5 ติดประกาศข้อตกลงระดับการให้บริการสำหรับกระบวนการใหม่ให้ประชาชนทราบ ณ จุดรับบริการ</p> <p>4. มีการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน ในรูปแบบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p>
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</b> ได้รับความข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการในการเข้ารับบริการ และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลการดำเนินงานจัดทำคู่มือบริการประชาชน</p>
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b> -</p>
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :</b> -</p>
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b> มีไฟล์เอกสารแนบ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แผนการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน</li> <li>2. เอกสารสำเนาอนุมัติรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน</li> <li>3. เอกสารกระบวนการบริการ ตามแบบฟอร์ม A-E</li> <li>4. คู่มือบริการประชาชน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2563</li> </ol>

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.2 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ  
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบาย  
และยุทธศาสตร์การแพทย์

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2207, 2406, 2249

คำอธิบาย :

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน และจัดให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อมอบรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติให้แก่หน่วยงานของรัฐ เพื่อเชิดชูเกียรติและเป็นขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่มีความโดดเด่นในการพัฒนาหรือปรับปรุงบริการจนสามารถตอบสนองและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งผลงานของหน่วยงานที่ได้รับรางวัลไม่เพียงแต่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการให้บริการของภาครัฐที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนในระดับประเทศแล้ว ยังเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติด้วย โดยมีหลายหน่วยงานได้พัฒนาต่อยอดผลงานการพัฒนาคุณภาพการให้บริการจนได้รับรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ

รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ เป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการและการบริหารจัดการของหน่วยงานของรัฐ ที่ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส เป็นธรรม และเป็นที่ยังพอใจที่สำคัญแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐเป็นที่ยอมรับ ซึ่งจะช่วยสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานรวมทั้งเป็นแรงกระตุ้นให้หน่วยงานของรัฐมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการทำงานที่ให้ดีขึ้น และเป็นสิ่งยืนยันความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการว่าสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการและระบบการบริหารของหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ประกอบด้วย 5 ประเภทรางวัล ได้แก่

1) **ประเภทนวัตกรรมบริการ** หมายถึง แนวคิด วิธี และรูปแบบใหม่ๆในการจัดการองค์การ การดำเนินงาน และการให้บริการอันเป็นผลมาจากการสร้างพัฒนาเพิ่มพูนต่อยอดหรือประยุกต์ใช้องค์ความรู้ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพประสิทธิผลและคุณภาพของการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐมี 6 ประเภท ดังนี้ 1) นวัตกรรมบริการ 2) นวัตกรรมส่งเสริมบริการ 3) นวัตกรรมบริหารองค์การ 4) นวัตกรรมทางความคิด 5) นวัตกรรมเชิงนโยบาย และ 6) นวัตกรรมเชิงระบบ

2) **ประเภทพัฒนาการบริการ** หมายถึง การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้มีคุณภาพด้วยกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพและแตกต่างไปจากเดิม เช่น มีขั้นตอนการทำงานลดลง สามารถปฏิบัติงานได้รวดเร็วขึ้น และลดค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3) **ประเภทขยายผลมาตรฐานการบริการ** หมายถึง การนำระบบ แนวทางการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานในผลงานที่ได้รับรางวัลดีเด่นไปขยายผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และควบคุมมาตรฐานของงาน

บริการให้คงอยู่ในระดับเดียวกันของทุกหน่วยงานบริการสาขาหรือพื้นที่ อันนำไปสู่คุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้นและเกิดความเท่าเทียมในการใช้บริการของประชาชน

**4) ประเภทบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการ** หมายถึง การเพิ่มประสิทธิภาพงานบริการประชาชนหรืองานตามภารกิจ โดยการใช้ฐานข้อมูลดิจิทัลร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภายใต้สิทธิการใช้งานที่เหมาะสมและมีการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ทั้งนี้ ถ้าเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าว ต้องได้รับความยินยอม (Consent) หรือการร้องขอ (Request) จากเจ้าของข้อมูลนั้นก่อน

**5) ประเภทการบริการที่เป็นเลิศ** หมายถึง การให้บริการที่ดีแก่ผู้รับบริการหรือประชาชน ด้วยความใส่ใจในความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยการพัฒนาด้านการบริการแบบครบวงจร และมุ่งประโยชน์และความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐสาขาบริการภาครัฐ
2	-
3	หน่วยงานจัดทำแบบฟอร์มบทสรุปสาระสำคัญของผลงานที่เสนอขอรับรางวัลตามรูปแบบของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
4	-
5	หน่วยงานจัดทำใบสมัครขอรับรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ (แบบฟอร์มที่ 1-5 ของสำนักงาน ก.พ.ร.)

**การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ	2	5	5	0.1000

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดทำสรุปสาระสำคัญของผลงานที่เสนอขอรับรางวัลตามรูปแบบของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

<p>(1) โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผื่นที่เป็นจริงของคนไทย</p> <p>(2) Clip VDO เรื่องเคล็ดลับทวารใหม่ที่ดี เริ่มต้นที่ความเข้าใจ</p> <p>(3) NCI Easy Application</p> <p>3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติจัดทำใบสมัครขอรับรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐตามแบบฟอร์ม 1 – 5 ของสำนักงาน ก.พ.ร. (อยู่ระหว่างการประกาศผล)</p>
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -</b></p>
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -</b></p>
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -</b></p>
<p><b>หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสารแนบ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกข้อความ เรื่องขอเชิญประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ</li> <li>2. เอกสารข้อมูล ชื่อผลงานในการขอรับรางวัลเลิศรัฐ</li> </ol>

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.3 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับขั้นของความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมการแพทย์

คำนิยาม :

1. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) คือเครื่องมือการประเมินเชิงบวกเพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริต และเป็นกลไกในการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานที่ทำงานให้กับหน่วยงานมาเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ผู้อำนวยการ / หัวหน้า ข้าราชการ / พนักงานไปจนถึงลูกจ้าง/พนักงานจ้าง

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่น ที่มารับบริการหรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

4. แบบวัดการรับรู้ หมายถึง แบบที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกทางระบบออนไลน์

4.1 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน คือ การประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในที่มีต่อหน่วยงานตนเอง ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัด	ประเด็นที่ใช้ในการวัดการรับรู้
การปฏิบัติหน้าที่	ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน มีความโปร่งใส ดำเนินการตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดและให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน
	ปฏิบัติงานอย่างมุ่งมั่น เต็มความสามารถ มีความรับผิดชอบ
	พฤติกรรมการเรียกรับเงิน ทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่น ๆ
การใช้งบประมาณ	การใช้จ่ายเงินงบประมาณ - การจัดทำแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี - เผยแพร่อย่างโปร่งใส - ลักษณะใช้จ่ายงบประมาณอย่างคุ้มค่า

การใช้อำนาจ	การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของหน่วยงาน
	การมอบหมายงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน
	การคัดเลือกบุคลากรเพื่อให้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ
	การใช้อำนาจสั่งการ
	กระบวนการบริหารงานบุคคล
การใช้ทรัพย์สินของราชการ	พฤติกรรมการนำทรัพย์สินของราชการไปเป็นของตนเอง
	พฤติกรรมการขอยืมทรัพย์สินของราชการ
	แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สิน
การแก้ไขปัญหาการทุจริต	ทบทวนนโยบายเกี่ยวข้องกับการป้องกันการทุจริต
	จัดทำแผนงานด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต
	การแก้ไขปัญหาการทุจริตในหน่วยงานลดลง/ไม่มีเลย และสร้างความเชื่อมั่นให้บุคลากรภายในในการร้องเรียนเมื่อพบการทุจริตภายในหน่วยงาน
	กระบวนการเฝ้าระวัง ตรวจสอบการทุจริตภายในหน่วยงาน รวมถึงนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุงการทำงาน

4.2 แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก คือ การประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกที่มีต่อหน่วยงานที่ประเมิน ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัด	ประเด็นที่ใช้ในการวัดการรับรู้
คุณภาพการทำงาน	การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ยึดหลักตามมาตรฐาน มีความโปร่งใส ดำเนินการตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดและให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการ/ให้บริการของหน่วยงานตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังหรือบิดเบือนข้อมูล
	ประสบการณ์ตรงในการถูกเจ้าหน้าที่เรียกรับเงิน ทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่น ๆ เพื่อแลกกับการปฏิบัติหน้าที่
ประสิทธิภาพการสื่อสาร	การเผยแพร่ข้อมูลของหน่วยงานในเรื่องต่าง ๆ ต่อสาธารณชนผ่านช่องทางที่หลากหลาย เข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน ซึ่งข้อมูลที่เผยแพร่ต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะผลการดำเนินงานของหน่วยงาน
	มีช่องทางในการส่งคำติชมหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงาน/การให้บริการ และมีการชี้แจงกรณีที่มีข้อกังวลสงสัยอย่างชัดเจน
การปรับปรุงระบบการทำงาน	การปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และกระบวนการทำงานของหน่วยงาน
	การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงาน ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว โดยมีกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้มารับบริการ/ผู้มาติดต่อเข้ามามีส่วนร่วมในการ

	ปรับปรุงพัฒนา และให้ความสำคัญกับการปรับปรุงการดำเนินงานให้ โปร่งใสมากขึ้น
--	--

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม/อบรมการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมการแพทย์เพื่อรับทราบเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และนำไปดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง <b>ทั้งนี้</b> ผู้แทนที่เข้าร่วมประชุม/อบรม ต้องเป็นผู้ประสานงานในเรื่องดังกล่าวตลอดปีงบประมาณ
2	หน่วยงานนำส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด
3	หน่วยงานส่งแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมสรุปผลการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2563
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ตามจำนวนที่กำหนดประมาณเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2563 ตามที่สำนักงาน ป.ป.ช.กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานตามตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) รวมทั้งระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรคและแนวทางพัฒนาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	5	1 - 5	5	0.2500

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของ  
กรมการแพทย์
2. หน่วยงานนำส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วน  
ได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด
3. ดำเนินการส่งข้อมูลผู้ประสานงาน ข้อมูลกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก
4. ดำเนินการขอความร่วมมือตอบแบบวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก
5. จัดทำโครงการเสริมสร้างวัฒนธรรมต่อต้านทุจริตคอร์รัปชัน กิจกรรมรณรงค์วันต่อต้านคอร์รัปชันสากล วันที่ 6  
ธันวาคม 2562 ณ ลาน OPD ชั้น 1 อาคารดำรงนिरาทร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

โครงการ / กิจกรรม ให้กรมการแพทย์เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อให้หน่วยงานเข้าร่วม และเพื่อไม่ให้เป็  
ภาระของหน่วยงานมากเกินไป เช่น การประกาศเจตนารมณ์กิจกรรมวันต่อต้านคอร์รัปชัน และการกำหนดทิศทางกา  
ทำงานก่อนดำเนินการของปีต่อไป

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสารแนบ

เอกสารรอบ 6 เดือน

1. หนังสือที่ สธ 0303/290 ลงวันที่ 7 มกราคม 2563 เรื่องขออนุมัติรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ  
ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ครั้งที่ 1 / 2563 ประจำปีงบประมาณ  
พ.ศ. 2563

เอกสารรอบ 9 เดือน

2. หนังสือที่ สธ 0315/313 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2563 เรื่องขอส่งข้อมูลผู้ประสานงาน ข้อมูลบุคลากรภายใน และ  
ข้อมูลผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

**เอกสารรอบ 12 เดือน**

3. หนังสือที่ สธ 0315/ว117 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2563 เรื่องขอความร่วมมือตอบแบบวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก

4. Print out หรือหลักฐานยืนยันตอบแบบวัดการรับรู้ของ 2 กลุ่มตัวอย่าง

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)  
2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงินการคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารด้านการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ การลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อ จัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส}}$$

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

$$\frac{29,763,631.71 \times 100}{34,737,104.73} = 85.68$$

โดยที่

ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	พ.ศ.2560	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562
ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	96.22	98.74	99.80		

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นไตรมาสที่ 4 (วัดผลการเบิกจ่าย ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2563)	76	78	80	82	84

หมายเหตุ :

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)

**การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ภาพรวม	5	85.68	5	0.2500

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**

ตามมติของคณะรัฐมนตรี เห็นชอบมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี  
งบประมาณ พ.ศ. 2562 ในเรื่องการเร่งรัดการใช้จ่ายงบประมาณ ประกอบด้วย

1. กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100 และรายจ่ายลงทุน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100
2. ให้เร่งรัดการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา โดยจัดแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ โดยเบิกจ่าย  
ได้ในไตรมาสที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร
3. ให้เร่งรัดการก่องหน้ผู้กพันและเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน
  - 3.1 รายการรายจ่ายลงทุนที่มีวงเงินไม่เกิน 2 ล้านบาท ให้ก่องหน้ผู้กพันและเบิกจ่ายงบประมาณใน  
ไตรมาสที่ 1
  - 3.2 รายการรายจ่ายลงทุนที่มีวงเงินตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป จะต้องก่องหน้ผู้กพันให้แล้วเสร็จภายใน  
ไตรมาสที่ 1 ยกเว้นรายการที่มีวงเงินเกิน 1000 ล้านบาท ให้ก่องหน้ผู้กพันอย่างช้าภายในไตรมาสที่ 2

**ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :**

1. มาตรการและแนวทางเร่งรัดติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ พ.ศ. 2563
2. รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMIS

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**

1. ไตรมาส 1 – 2 ได้รับงบประมาณล่าช้า ทำให้การดำเนินการเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ โดยให้ใช้  
งบประมาณที่ได้รับไปพลางก่อน
2. เกิดเหตุโรคระบาด COVID-19 จึงมิได้ดำเนินการจัดทำโครงการตามเป้าหมายที่กำหนด

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :-**

**หลักฐานอ้างอิง :**

1. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMIS ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 (รอบ 6 เดือน)
2. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMIS ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2563 (รอบ 9 เดือน)
3. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMIS ณ วันที่ 14 สิงหาคม 2563 (รอบ 12 เดือน)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำ) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายเงินคืนให้รัฐบาลและผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงานตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงานงบประมาณกำหนดให้

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นไตรมาส}}$$

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

$$\frac{137,880,000 \times 100}{137,880,000} = 100$$

โดยที่ :

ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	พ.ศ.2560	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562
ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ลงทุน	100	100	100		

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นไตรมาสที่ 4 (วัดผลการเบิกจ่าย สิ้นเดือน กรกฎาคม 2563)	64	68	72	76	80

หมายเหตุ :

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 100 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	2	100	5	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำข้อมูลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนเรียบร้อยตามเกณฑ์ที่กำหนด

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

**หลักฐานอ้างอิง :**

1. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 (รอบ 6 เดือน)
2. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2563 (รอบ 9 เดือน)
3. ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS ณ วันที่ 14 สิงหาคม 2563 (รอบ 12 เดือน)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา  
คณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน  
นายสุระพันธ์ กาสุนันท์

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1503, 1312, 2925

คำอธิบาย :

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม แต่ประเทศไทยได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 10% เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับภาคเอกชน ภาคประชาชน ในการช่วยลดรายจ่ายของประเทศโดยลดการนำเข้าน้ำมันจากต่างประเทศ

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงาน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> อย่างชัดเจน
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2563 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a>
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2563 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 11 เดือน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> (เดือน ก.ย. 2562 – ส.ค. 2563)
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2563 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> ( เดือน ก.ย. 2562 – ก.พ. 2563 ) แล้วเสร็จภายในเดือน มีนาคม 2563
5	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2563 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a> ( เดือน มี.ค. 2563 – ก.ค. 2563 ) แล้วเสร็จภายในเดือน สิงหาคม 2563 (ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัด)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			หมายเหตุ
		2560	2561	2562	
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	ระดับความสำเร็จ	3.709	5	5	

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน	3	1 – 5	5	0.1500

<p><b>คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงาน ในเว็บ <a href="http://www.e-report.energy.go.th">http://www.e-report.energy.go.th</a></li> <li>2. มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2563</li> <li>3. มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2563 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จ และครบถ้วน 10 เดือนในเว็บ (เดือน กันยายน 2562 – สิงหาคม 2563)</li> <li>4. มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (ไฟฟ้า) และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (น้ำมัน) ประจำปีงบประมาณ 2563 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 (เดือนกันยายน 2562 – มกราคม 2563)</li> <li>5. มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (ไฟฟ้า) และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง (น้ำมัน) ประจำปีงบประมาณ 2563 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 (เดือนมีนาคม 2563 – กรกฎาคม 2563) แล้วเสร็จภายในเดือนกรกฎาคม 2563</li> </ol>
<p><b>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :-</b></p>
<p><b>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :</b> ได้ใบแจ้งหนี้ของแต่ละประเภทช้า จะได้เกือบๆปลายเดือนของเดือนถัดไป</p>
<p><b>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :-</b></p>
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b> มีไฟล์เอกสารแนบ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เอกสารข้อมูลหน่วยงาน</li> <li>2. เอกสารรายชื่อคณะทำงานด้านการลดใช้พลังงานของหน่วยงาน</li> <li>3. เอกสารข้อมูลสำหรับการจัดทำค่าดัชนีการใช้พลังงาน ปีงบประมาณ 2563</li> <li>4. แบบฟอร์มรายงานการใช้พลังงาน ไตรมาสที่ 4 (เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน) ประจำปีงบประมาณ 2562</li> <li>5. แบบฟอร์มรายงานการใช้พลังงาน ไตรมาสที่ 1 (เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม) ประจำปีงบประมาณ 2563</li> <li>6. แบบฟอร์มรายงานการใช้พลังงาน ไตรมาสที่ 2 (เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม) ประจำปีงบประมาณ 2563</li> <li>7. แบบฟอร์มรายงานการใช้พลังงาน ไตรมาสที่ 3 (เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน) ประจำปีงบประมาณ 2563</li> <li>8. แบบฟอร์มรายงานการใช้พลังงาน ไตรมาสที่ 4 (เดือนกรกฎาคม) ประจำปีงบประมาณ 2563</li> </ol>

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์  
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช  
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และ  
แผนงาน  
คุณรังสิยา บัวส้ม

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1330, 3205,  
2417

คำอธิบาย :

**การบริหารยุทธศาสตร์** คือ การบริหารจัดการองค์กรที่ ช่วยให้ตระหนักถึงความสามารถขององค์กร ทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ได้มีความตระหนักและตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในยุคปัจจุบัน (Disruption) ได้เห็นโอกาสใหม่ ๆ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทั้งนี้ การบริหารยุทธศาสตร์ยังช่วยให้องค์กรมีทิศทางและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีความสามารถในการแข่งขัน สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง และในท้ายที่สุด จะช่วยให้องค์กรมีสมรรถนะสูงและสามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กร

กรมการแพทย์ ได้กำหนดให้หน่วยงานในสังกัด มีหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และเหมาะสมต่อบริบทของประเทศไทย ทั้งในเชิงส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำองค์ความรู้ไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ในภาพใหญ่ของสาธารณสุข และพัฒนาหน่วยงานในส่วนภูมิภาคให้มีบทบาทในการวิเคราะห์หาปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ของภูมิภาค เพื่อให้ทุกภาคส่วนรวมช่วยกันแก้ไขปัญหา นั้น ๆ โดยดำเนินการภายใต้แผนงานการปฏิรูปกรมการแพทย์ (DMS Reform) ซึ่งเป็นการนำการบริหารยุทธศาสตร์มากำหนดเป็นแผนงานในแต่ละ Reform ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงการบริการสาธารณสุขทั้งในเชิงกว้าง และเชิงลึก สร้างประโยชน์และตอบปัญหาสุขภาพประชาชนโดยตรง ได้แก่

**Function Reform** การพัฒนาการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลสถาบัน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศ (The best for the most)

**Agenda Reform** นำปัญหาสำคัญด้านสุขภาพระดับประเทศ มีผลกระทบทุกจังหวัด ทุกเขตสุขภาพ มาวิเคราะห์หาทางป้องกันแก้ไขในเชิงระบบอย่างครบวงจร

**Area Reform** สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ และองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อจะได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ

**System Reform** การพัฒนาพื้นฐานสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้มแข็ง เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปใน

ประเด็น Reform อื่น ๆ ให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์จะต้องนำแผนการปฏิรูปกรมการแพทย์ (DMS Reform) ไปทบทวนและจัดทำแผนการปฏิรูปขององค์กรให้สามารถดำเนินการขับเคลื่อนการบริหารยุทธศาสตร์ การพัฒนางานด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ประเทศชาติ สู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

**เกณฑ์การประเมินผล :**

ประเด็น	รายละเอียด
1	มีการทบทวนและจัดทำแผนการปฏิรูปขององค์กร (Reform Roadmap) ให้สอดคล้อง/สนับสนุนแผนการปฏิรูปของกรมการแพทย์ (DMS Reform)
2	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนการปฏิรูปองค์กร (Reform Action Plan) เพื่อใช้ในการติดตามผลการดำเนินงาน
3	มีกระบวนการถ่ายทอดแผนปฏิรูปขององค์กร สู่บุคลากรในองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และมีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามการปฏิรูปองค์กรรอบ 6 เดือน
4	มีการนำเสนอแผนงาน ความก้าวหน้า และผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปขององค์กร ในการประชุมระดับผู้บริหารกรมการแพทย์
5	มีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามการปฏิรูปองค์กรรอบ 12 เดือน

**\*\*แนวทางการประเมินผล : รอบ 6 เดือน เป้าหมาย ระดับคะแนนที่ 3**

แนวทาง	ระยะเวลาดำเนินการ	เอกสารหลักฐาน	คะแนน (5 คะแนน)
<b>ระดับคะแนนที่ 1</b>			
1. การทบทวน และการจัดทำแผนการปฏิรูปขององค์กร ปี 2563 (Reform Roadmap)	ไตรมาส 1 (ภายใน พ.ย. 2562)	1. เอกสารประกอบการประชุม / รายงานการประชุม	0.5
		2. แผนการปฏิรูปขององค์กร ปี 2563 (Reform Roadmap)	0.5
<b>ระดับคะแนนที่ 2</b>			
2. การจัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนการปฏิรูปองค์กร (Reform Action Plan)	ไตรมาส 1 (ภายใน ธ.ค. 2562)	1. แผนปฏิบัติการตามแผนการปฏิรูปองค์กร (Reform Action Plan)	1
3. การถ่ายทอดถ่ายทอดแผนปฏิรูปขององค์กร สู่บุคลากรในองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย	ไตรมาส 1 (ภายใน ธ.ค. 2562)	1. หนังสือสั่งการ / คำสั่ง	0.5
		2. คำรับรองระดับรองผู้อำนวยการ	0.5

		/ หัวหน้ากลุ่มงาน	
<b>ระดับคะแนนที่ 3</b>			
4. มีการนำเสนอแผนงาน ความก้าวหน้า ในการประชุม ระดับผู้บริหารกรมการแพทย์ รอบ 6 เดือน	ไตรมาส 2 (ภายใน มี.ค. 2563)	1. เอกสารนำเสนอในการประชุม	-
5. จัดทำรายงานผลการ ดำเนินงานตามการปฏิรูป องค์กรรอบ 6 เดือน (รายงาน ครบถ้วน)	ไตรมาส 2 (ภายใน 16 มี.ค. 2563)	1. แบบรายงานผลการดำเนินงาน ตามการปฏิรูปองค์กร รอบ 6 เดือน	2

**หมายเหตุ รอบ 6 เดือน**

- **แนวทางการประเมินข้อ 4 :** หน่วยงานเสนอแผน และความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปองค์กร ในที่มี  
ผู้บริหารกรมการแพทย์เข้าร่วม เช่น การประชุมผู้บริหารกรมการแพทย์ประจำทุกเดือน การตรวจเยี่ยมโดยท่านอธิบดี /  
รองอธิบดี ฯลฯ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานจะรวบรวมข้อมูลและประเมินผลในรอบ 12 เดือน **ส่งไปที่กอง  
ยุทธศาสตร์และแผนงาน**

**\*\*แนวทางการประเมินผล : รอบ 12 เดือน เป้าหมาย ระดับคะแนนที่ 5**

แนวทาง	ระยะเวลาดำเนินการ	เอกสารหลักฐาน	คะแนน (5 คะแนน)
<b>ระดับคะแนนที่ 4</b>			
1. มีการนำเสนอแผนงาน ความก้าวหน้า ในการประชุม ระดับผู้บริหาร กรมการ แพทย์ รอบ 12 เดือน	ไตรมาส 4 (ภายใน 11 ก.ย. 2563)	1. เอกสารนำเสนอในการประชุม	1
<b>ระดับคะแนนที่ 5</b>			
2. มีการดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการ (Reform Action Plan) แล้วเสร็จ ภายใน 30 สิงหาคม 2562	ไตรมาส 4 (ภายใน ส.ค. 2563)	1. แบบรายงานผลการดำเนินงาน ตามการปฏิรูปองค์กร รอบ 12 เดือน	2
3. จัดทำรายงานผลการ ดำเนินงานตามการปฏิรูป องค์กรรอบ 12 เดือน (ความครบถ้วนสมบูรณ์)	ไตรมาส 4 (ภายใน 11 ก.ย. 2563)		2

**หมายเหตุ รอบ 12 เดือน**

- แนวทางการประเมินข้อ 2 : หน่วยงานจะต้องมีการดำเนินงานโครงการ / กิจกรรมหลัก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Reform Action Plan) ให้แล้วเสร็จ ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้

ให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็น มาพร้อมการรายงานการดำเนินงานตามการปฏิรูปองค์กร รอบ 12 เดือน

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการบริหาร ยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)	6	5	5	0.3000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำ Reform Roadmap (แบบฟอร์มที่ 1)
2. ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนปฏิรูปองค์กร (Action Plan Reform) (แบบฟอร์มที่ 2)
3. ดำเนินการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามประเด็นการปฏิรูปของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์  
ประจำปีงบประมาณ 2563 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. ดำเนินการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามการปฏิรูปองค์กรรอบ 12 เดือน

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสารแนบ

1. บันทึกข้อความ เรื่องขอส่งเอกสารหลักฐาน ตัวชี้วัดที่ 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ไตรมาส 1
2. เอกสารรายงานผลตามตัวชี้วัด ไตรมาสที่ 1
3. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามประเด็นการปฏิรูปของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
4. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามประเด็นการปฏิรูปของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รอบ 12 เดือน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)

4.2.1 การจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี (2563 - 2567)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

การจัดทำแผนอัตรากำลัง หมายถึง การดำเนินการจัดทำแผนอัตรากำลัง วิเคราะห์ภาระงาน และพิจารณาการใช้กำลังคนในภาพรวม แยกประเภท ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจของหน่วยงาน การปฏิรูประบบสุขภาพ ทิศทางกรมการแพทย์ DMS Reform พัฒนาระบบการทำงานให้เป็น Digital เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาขอรับการจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ และนำมารวมไว้ที่ส่วนกลาง ขอจัดสรรพนักงานราชการ ขอกำหนดกรอบพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนความก้าวหน้าจัดทำแผนปรับปรุงการกำหนดตำแหน่ง เป็นต้น โดยทุกหน่วยงานดำเนินการจัดทำแผนอัตรากำลังระยะ 5 ปี (2563 - 2567) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ บทบาท ภารกิจ โครงสร้าง และกลไกการทำงานของหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ทิศทางกรมการแพทย์ และ DMS Reform (HR Transformation)
2. รวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง ประกอบการวิเคราะห์จัดทำแผนอัตรากำลัง เช่น จำนวนบุคลากร ปริมาณงานย้อนหลัง 3 ปี และภาระงานที่คาดว่าจะดำเนินการในอนาคต
3. จัดทำรายละเอียดข้อมูลอัตรากำลัง ประกอบการวิเคราะห์จัดทำแผนอัตรากำลัง เช่น จำนวนบุคลากร แยกประเภทสายงาน ระดับตำแหน่ง อายุ การเกษียณอายุราชการ เป็นต้น
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และคำนวณอัตรากำลังตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. สรุปผล และจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี (2563 - 2567) ส่งกรมการแพทย์ ภายในวันที่ 31

มีนาคม 2563

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ศึกษา วิเคราะห์ บทบาท ภารกิจ โครงสร้าง และกลไกการทำงานของหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ทิศทางกรมการแพทย์ และ DMS Reform (HR Transformation)
2	รวบรวมข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง ประกอบการวิเคราะห์จัดทำแผนอัตรากำลัง เช่น จำนวนบุคลากร ปริมาณงานย้อนหลัง 3 ปี และภาระงานที่คาดว่าจะดำเนินการในอนาคต
3	จัดทำรายละเอียดข้อมูลอัตรากำลัง ประกอบการวิเคราะห์จัดทำแผนอัตรากำลัง เช่น จำนวนบุคลากร แยกประเภทสายงาน ระดับตำแหน่ง อายุ การเกษียณอายุราชการ เป็นต้น

4	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และคำนวณอัตรากำลังตามเกณฑ์ที่กำหนด
5	สรุปผล และจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี (2563 - 2567) ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2563

**การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :**

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
การจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี (2563 - 2567)	2	5	5	0.1000

**คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :**

1. มีการรวบรวมข้อมูลอัตรากำลังภายในหน่วยงาน เพื่อประกอบการวิเคราะห์จัดทำแผนอัตรากำลัง โดยให้หน่วยงานจัดทำการวิเคราะห์ FTE ส่งมายังกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
2. มีการจัดทำรายละเอียดข้อมูลอัตรากำลัง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563
3. มีการจัดทำแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. มีการจัดทำแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านอำนวยการ
5. มีการจัดทำแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
6. มีการจัดทำแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
7. มีการจัดทำแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านการพยาบาล
8. มีการจัดทำแผนภูมิโครงสร้างการแบ่งงานภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -**

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -**

**ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -**

**หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสารแนบ**

**เอกสารรอบ 6 เดือน**

1. สำเนาบันทึกข้อความ เรื่องขอให้จัดส่งรายละเอียดการจัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี (2563 - 2567)
2. ข้อมูลจำนวนบุคลากรทั้งหมด จำแนกตามประเภท
3. อัตรากำลังข้าราชการแยกตามระดับตำแหน่ง
4. อัตรากำลังที่สูญเสียเนื่องจากเกษียณอายุราชการ ระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2563 - 2567)
5. ข้อมูลอัตรากำลังแยกตามประเภท สายงาน อายุตัว
6. สรุปข้อมูลโครงการวิจัย (2560 - 2562)
7. แผนงานตามยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2563 - 2567)

8. ข้อมูลโครงการหลักสูตรถ่ายทอด (2560 - 2562)

9. ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปี 2562

**เอกสารรอบ 9 เดือน**

10. ข้อมูลอัตรากำลัง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563

11. ข้อมูลแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

12. ข้อมูลแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านอำนวยการ

13. ข้อมูลแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์

14. ข้อมูลแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านการพัฒนาระบบ

**สุขภาพ**

15. ข้อมูลแผนอัตรากำลังคนระยะ 5 ปี (ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2567) ภารกิจด้านการพยาบาล

16. แผนภูมิโครงสร้างสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**เอกสารรอบ 12 เดือน**

มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) นำผลการประเมินเป็น Input ในการกำหนดแผนงานโครงการใน แผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) มิติที่ 5 คุณภาพชีวิต และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานมีเป้าประสงค์ คือ สร้างองค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี

ขั้นที่ 1 การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ตามรอบที่กำหนด

ขั้นที่ 2 นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงาน/โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard)

ขั้นที่ 3 สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ให้ทุกหน่วยงาน ดำเนินการตามแผน

ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความคืบหน้าการดำเนินการ

ขั้นที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 9 ด้าน) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model)

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ประเมินความพึงพอใจ (Happinometer) ตามรอบที่กำหนด
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความพึงพอใจ (Happinometer) มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงาน/โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard)
3	สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ให้ทุกหน่วยงาน ดำเนินการตามแผน
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ (ส่งกองบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 1 สิงหาคม 2563)
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 9 ด้าน) หรือผลงานที่ปรับปรุงแบบ และวิธีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ โดยใช้ระบบ Digital แทนรูปแบบการจัดกิจกรรมตามปกติ เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) (ส่งกองบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 1 สิงหาคม 2563)

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)	2	5	5	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- ในปี 2562 มีการประเมินความพึงพอใจ (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ตามรอบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ในปี 2563 ยังไม่มีการประเมินความพึงพอใจ เนื่องจากรบบประเมินความสุขจากกรมการแพทย์
- ในปี 2562 มีการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความพึงพอใจ (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) เพื่อนำมาจัดทำแผนงาน/โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุขต่อในปี 2563
- ในปี 2563 มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) โดยดำเนินการจัดกิจกรรม บริจาคโลหิตเนื่องในวันมะเร็งโลก เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 ณ โรงพยาบาลรามารินทร์
- ในปี 2563 มีการจัดโครงการ Happy Money โดยมีกิจกรรมกองทุนสวัสดิการสถาบันมะเร็งแห่งชาติให้กับบุคลากร ทุนคนละ 8,000 บาท
- ในปี 2563 สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้เพิ่มสวัสดิการค่าเล่าเรียนบุตรให้กับเจ้าหน้าที่ (Happy Family)

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
<p><b>หลักฐานอ้างอิง :</b> มีไฟล์เอกสารแนบ</p> <p><b>เอกสารรอบ 6 เดือน</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. สรุปร่างกิจกรรม Happy Workplace ปี 2563</li></ol> <p><b>เอกสารรอบ 9 เดือน</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. หนังสือที่ สธ 0315.01/052 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2562 เรื่องขอเชิญประชุมเพื่อปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานด้านองค์กรแห่งความสุข</li><li>3. หนังสือที่ สธ 0315/0095 ลงวันที่ 17 มกราคม 2563 เรื่องขอเชิญบริจาคโลหิตเนื่องในวันมะเร็งโลก</li><li>4. ข้อมูลผลสำรวจสรุปค่าเฉลี่ยความสุขของหน่วยงานในแต่ละด้าน</li><li>5. ข้อมูลสรุปแผนกิจกรรม Happy Workplace ปี 2563</li></ol> <p><b>เอกสารรอบ 12 เดือน</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. แบบรายงานผลการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)</li><li>7. แบบรายงานผลการดำเนินการโครงการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563</li></ol>

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.3 บันทึกรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หมายถึง การดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่งโดยข้อมูล มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

ความเคลื่อนไหว หมายถึง การจ้าง การลาออก การย้าย การเลื่อนค่าจ้างประจำปี ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขภายในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครบทุกรายเกินกว่า 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครบทุกรายเกินกว่า 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครบทุกรายเกินกว่า 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครบทุกรายเกินกว่า 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขครบทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	2	5	5	0.1000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

มีการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขนับตั้งแต่วันที่มกราคมหรือลาออกไม่เกิน 3 วันทำการ เว้นแต่ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าโปรแกรมได้ หรือไม่มีเลขตำแหน่งในระบบ

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ในบางตำแหน่งไม่สามารถลงข้อมูลหรือเปลี่ยนตำแหน่งได้ทันเนื่องจากไม่มีเลขตำแหน่งในระบบ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสารแนบ

1. เอกสารบันทึกข้อมูลการลาออก
2. เอกสารบันทึกข้อมูลการจ้าง
3. คำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ 815/2562 เรื่องเพิ่มค่าจ้างประจำปีของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
4. บัญชีรายละเอียดการเพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
5. ไฟล์บันทึกข้อความการส่งข้อมูลอัปเดตไปให้กรมการแพทย์

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน  
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.3 Digital Reform (Digital Transformation)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ คุณรังสิยา บัวส้ม
---	--

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520, 1513, 2600

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2413, 2417

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์ความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนาระบบดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้ สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

คำนิยาม:

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม แนวทางการดำเนินงานดังนี้

**1) Smart IT Infrastructure**

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีวิเคราะห์ จัดระดับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน บริหารจัดการความเสี่ยง ติดตามประเมิน ควบคุมความเสี่ยงต่อเนื่อง

**2) Smart Tools**

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้อง แม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

**3) Smart Services**

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา และมีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) โดยยึดแนวทาง EMRAM ของ HIMSS

EMRAM คือ เครื่องมือในการวัดระดับความพร้อม EMR (8 Stages) เพื่อการพัฒนาสู่สถานพยาบาลดิจิทัลเต็มรูปแบบ (ซึ่งในที่นี่ กำหนดให้วัดที่ Stage 4) โดย

#### Stage 0: All three ancillaries not installed

- ไม่มีระบบหลัก 3 ระบบคือ ระบบห้องแล็บ, ระบบห้องยา, และระบบทางรังสีวิทยา

#### Stage 1: All three ancillaries installed – Lab, Rad, Pharmacy

- มีระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 3 อย่าง ได้แก่ ระบบห้องแล็บ ระบบห้องยา และระบบทางรังสีวิทยา

#### Stage 2: CDR, Controlled medical vocabulary, CDS, HIE capable

- มี CDR ระบบฐานข้อมูลตาม Stage 1 ซึ่งสามารถส่งข้อมูลมาบันทึกในฐานข้อมูลนี้ได้ แพทย์สามารถเข้ามาดูข้อมูลเหล่านี้ รวมถึงสามารถบันทึกข้อมูลที่เกิดจากการเขียนลงกระดาษแล้วสแกนได้

#### Stage 3: Clinical documentation, CDSS (error checking)

- มีระบบบันทึกให้ยากับคนไข้ มีหน่วยผู้ป่วยอย่างน้อย 1 หน่วย นำระบบ Nursing/Clinical Documentation มาใช้ (เช่น Vital sign, Flow Sheets, Nursing Notes) โดยเชื่อมต่อเข้ากับ CDR
- มีระบบ PACS ให้แพทย์ที่อยู่นอกหน่วยรังสีวิทยาสามารถเข้าไปดูด้วยได้ผ่านระบบเครือข่ายภายในองค์กร สามารถทำ CDS Level 1 สำหรับ Error Checking

#### Stage 4: CPOE; Clinical decision support (clinical protocols)

- แพทย์สามารถใช้ระบบ CPOE สั่งการรักษา สั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถทำ CDS Level 2 คือมีการใช้ Evidence-based medicine protocols เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบ

#### Stage 5: Full R-PACS

- ระบบ PACS ที่เก็บข้อมูลได้จากอุปกรณ์ตรวจหลายชนิด support ไฟล์ DICOM และแพทย์จากหน่วยอื่นก็สามารถเข้าดูได้ผ่านระบบเครือข่าย

#### Stage 6: Physician documentation (templates), Full CDSS, Closed loop medication administration

- แพทย์บันทึกข้อมูลเข้าระบบในผู้ป่วยในให้ได้อย่างน้อย 1 หน่วย เช่น บันทึก progress notes, consult notes, discharge summaries หรือ problem list & diagnosis list
- level 3 CDS variance and compliance alerts
- Closed loop medication administration แพทย์สั่งยา, เภสัชตรวจสอบความถูกต้องและออก barcode ให้แก่เคาะยา, พยาบาลจะให้ยากับคนไข้โดยสแกน barcode , ฯลฯ อาจใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ ได้ เช่น RFID
- เป้าหมายก็คือ “five rights” ของการให้ยา คือ right patient, right time, right drug, right dose, และ right route.

#### Stage 7: Complete EMR, Data analytics to improve care

- ไม่ใช้กระดาษ
- มีการทำ Data warehousing
- มีความพร้อมในการแชร์ clinical information ข้ามสถานพยาบาลในรูปแบบของ standardized electronic transactions
- มีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยตลอด patient journey ผ่านหน่วยต่าง ๆ เช่น จาก Out-patient มา Emergency Department แล้วไปต่อ In-patient ก่อนจะย้ายหน่วยมีการสรุปข้อมูลก่อน
- ในระบบ closed loop medication management มีการรวมการให้เลือดและการให้นม

**4) Smart Administration**

โรงพยาบาล/หน่วยงานมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบสารสนเทศ พัสคู ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

**5) Smart Outcome**

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ(Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

**เกณฑ์การ :**

ระดับคะแนน	รายละเอียด
1	<b>Smart IT Infrastructure</b> มีการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน พร้อมจัดทำแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน ตามเกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
2	<b>Smart Tools1</b> 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิวรอรับบริการในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าจอตรวจ <b>2.2 ใช้งานระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (on Cloud) กรมการแพทย์</b>
3	<b>Smart Tools2</b> (เลือกอย่างน้อย 2 ข้อ ) 3.1 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 3.2 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ที่มีศักยภาพในการเชื่อมต่อ เข้าสู่ HIS ของโรงพยาบาลนั้น ๆ อัตโนมัติ 3.3 มีการใช้งานระบบบริหารพัสดุ โดยมีบัญชีผู้ใช้งานของหน่วยงาน มีการส่งข้อมูลครุภัณฑ์ทั้งหมดของหน่วยงานเพื่อจัดเก็บลงในระบบ และมีการใช้งานระบบเพื่อสร้างรายงานตรวจสอบการรับ-จ่ายพัสดุกงเหลือประจำปี 3.4 มีการใช้งานระบบ Planning and Budget Management System (PBMS)
4	<b>Smart Services1</b> 4.1 ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ <b>4.2 EMRAM ผ่านระดับ 3</b>

5	<p><b>Smart Services2</b> (เลือกอย่างน้อย 2 ข้อ )</p> <p>5.1 มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)</p> <p>5.2 มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)</p> <p>5.3 มีข้อมูลระยะเวลาการคอยรับบริการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการจนถึงสิ้นสุดการให้บริการ ส่งให้ส่วนกลางกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD</p> <p>5.4 มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสม</p>
---	---

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

ประเด็น	คะแนนตามประเด็น				
	ประเด็น 1	ประเด็น 2	ประเด็น 3	ประเด็น 4	ประเด็น 5
คะแนน	0.5	1.5	0.5	1.5	1

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
Digital Reform (Digital Transformation)	8	1 – 5	5	0.4000

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. โรงพยาบาลได้วิเคราะห์และบริหารความเสี่ยงของ data center จนผ่านการประเมิน ISO27001:2013 เมื่อปี 2562
2. โรงพยาบาลได้ดำเนินการติดตั้งจอคิวตามคลินิกต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบคิว ไม่มารอพร้อมกันที่จุดบริการ
3. โรงพยาบาลมี application ทางมือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยจองคิวตรวจรักษาผ่าน application
4. โรงพยาบาลใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่สามารถส่งผลเข้าระบบ HIS ได้ทันที
5. โรงพยาบาลทำเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ โดยไม่ถ่ายสำเนาบัตรประชาชน และการเก็บข้อมูลการตรวจรักษา

(EMR) การใช้ยา การสั่งยา COPE (computerized order entry) จัดเก็บในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : ความร่วมมือในการใช้งานต่างๆ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : เจ้าหน้าที่ระบบ IT ไม่เพียงพอต่อการขยายงานในระยะต่อไป (ขณะนี้เพียงพอ แต่ถ้ามีการนำ IT มาใช้ในงานต่างๆมากขึ้น เจ้าหน้าที่ที่จะนำมา support อาจมีไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสารแนบ

1. โรงพยาบาลได้รับการรับรอง ISO27001:2013 ส่วน Data ในปี 2562
2. มี mobile application ที่ใช้ได้ทั้งระบบ IOS, android สำหรับคนไข้ในการทำนัด เช็คคิว ดูประวัติการรักษา การใช้ยา
3. ในการตรวจรักษา บันทึกประวัติ สั่งการรักษา โดยทำผ่านระบบ HIS ทั้งหมด
4. ภาพจอคิวหน้าจออุปกรณ์เครื่องต่อเครื่องวัดความดัน

**\*\*หมายเหตุ สีแดง - การปรับเกณฑ์การประเมินผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ระดับหน่วยงาน  
(รอบ 12 เดือน) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อันเนื่องมาจากสถานการณ์ COVID - 19**