



รายงาน

ผลการดำเนินงาน

ตามดำรับรองการปฏิบัติราชการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประจำปีงบประมาณ 2565

รวม 6 เดือน

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
การศึกษานอกระบบ

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รอบ 6 เดือน

| ตัวชี้วัดผล | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง | | | ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ | | | |
|----------------------------------|--|---------|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------|-------------|------------------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | |
| มิติที่ 1 ด้านประสิทธิภาพ | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | ทิศทางการวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ | ร้อยละ | 20 | 0.00-1.00 | 1.01-2.00 | 2.01-3.00 | 3.01-4.00 | 4.01-5.00 | 4.5 | 5 | 1.0000 | 4.5 | 5 | 1.0000 |
| องค์ประกอบที่ 1 | การกำหนดทิศทางการวิจัยสู่ความสำเร็จ | ร้อยละ | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.7500 | 3 | 3 | 0.7500 |
| 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 | โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ | 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 | ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ | ร้อยละ | 10 | 0.00-1.00 | 1.01-1.50 | 1.51-2.00 | 2.01-2.50 | 2.51-5.00 | 4.85 | 5 | 0.5000 | 4.85 | 5 | 0.5000 |
| องค์ประกอบที่ 1 | การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) | ร้อยละ | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.7500 | 5 | 5 | 0.7500 |
| องค์ประกอบที่ 2 | การรับส่งต่อ (Referral) | ร้อยละ | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.2500 | 5 | 5 | 0.2500 |
| องค์ประกอบที่ 3 | การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment) | ร้อยละ | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 0.6000 | 4 | 4 | 0.6000 |
| องค์ประกอบที่ 4 | การพัฒนาบุคลากร (Training) | ร้อยละ | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.7500 | 5 | 5 | 0.7500 |
| องค์ประกอบที่ 5 | การเป็นศูนย์กลางอ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference) | ร้อยละ | 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1.0000 | 5 | 5 | 1.0000 |
| องค์ประกอบที่ 6 | การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy) | ร้อยละ | 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1.0000 | 5 | 5 | 1.0000 |
| องค์ประกอบที่ 7 | การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking) | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.5000 | 5 | 5 | 0.5000 |
| 1.3 | ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ | ร้อยละ | 10 | 0.00-1.00 | 1.01-1.50 | 1.51-2.00 | 2.01-2.50 | 2.51-5.00 | 2.7 | 5 | 0.5000 | 2.7 | 5 | 0.5000 |
| องค์ประกอบที่ 1 | โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system) | ร้อยละ | 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.6000 | 3 | 3 | 0.6000 |
| องค์ประกอบที่ 2 | การพัฒนานวัตกรรม (Development) | ร้อยละ | 50 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 1.5000 | 3 | 3 | 1.5000 |

| ตัวชี้วัดผล | | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง | | | ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ | | |
|-------------------------------|---|----------|---------|------------------|---|---|---|---|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------|-------------|------------------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก |
| องค์ประกอบที่ 3 | การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) | ร้อยละ | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 2 | 0.6000 | 2 | 2 | 0.6000 |
| 1.4 | ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 0.0000 | | | |
| กรณีที่ 2 | หน่วยงานเฉพาะทางที่ดูแลรับผิดชอบ COE / Service plan และไม่เป็นส่วนการแพทย์เขตฯ | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.3000 | 3 | 3 | 0.3000 |
| มิติที่ 2 ด้านคุณภาพ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพการให้บริการ | ร้อยละ | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 0.0000 | | | |
| กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ | ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD) | ร้อยละ | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.4500 | 3 | 3 | 0.4500 |
| 2.2 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) | ร้อยละ | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.1500 | 3.5 | 3.5 | 0.1750 |

| ตัวชี้วัดผล | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง | | | ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ | | | |
|-------------------------------|---|---------|------------------|----|----|----|----|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------|-------------|------------------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | |
| มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม | ร้อยละ | 5 | 68 | 72 | 76 | 80 | 84 | 42.93 | 1 | 0.0500 | 71.06 | 1.77 | 0.0885 |
| 3.2 | ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน | ร้อยละ | 2 | 64 | 68 | 72 | 76 | 80 | 24.51 | 1 | 0.0200 | 72.32 | 3.08 | 0.0616 |
| 3.3 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน | ร้อยละ | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 0.1200 | 4 | 4 | 0.1200 |
| มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) | ร้อยละ | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.1800 | 2.5 | 2.5 | 0.1500 |
| 4.2 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard) | ร้อยละ | 6 | | | | | | | | 0.0000 | | | |
| 4.2.1 | ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) | ร้อยละ | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.0600 | 3 | 3 | 0.0600 |
| 4.2.2 | บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) | ร้อยละ | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.1000 | 5 | 5 | 0.1000 |
| 4.2.3 | ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | ร้อยละ | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.1000 | 5 | 5 | 0.1000 |
| 4.3 | Digital Reform (Digital Transformation) | ร้อยละ | 8 | | | | | | | | 0.0000 | | | |
| กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ | ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation | ร้อยละ | 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.4000 | 5 | 5 | 0.4000 |
| รวมค่าถ่วงน้ำหนัก | | | | | | | | | | | 3.9300 | | | 4.0051 |

รายงาน ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2565

ผู้รายงาน นางสาววิญญูทัย ศุภการ หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 02-202-6800 ต่อ 1524, 3204

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.1 ทิศทางการวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- (1) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
(2) รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

คำอธิบาย :

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล โดยกรมการแพทย์มียุทธศาสตร์ในการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ หน่วยงานต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้

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

| | |
|--|-----------------------|
| 1. การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 25) |
| 2. ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 25) |
| 3. การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 25) |
| 4. โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 10) |
| 5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 15) |

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน |
| 2 | จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ |
| 3 | ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ |
| 4 | วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน |
| 5 | วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 |

คำอธิบาย:

งานวิชาการ หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development)

ทิศทางการวิชาการ (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็นรูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

แผนงานวิชาการ หมายถึง แผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่หน่วยงานรับผิดชอบ นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการวิชาการในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า และมีการติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางการวิชาการของหน่วยงาน แล้วนำมากำหนดศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนางานวิชาการ เช่น โครงการวิจัยเดี่ยว หรือชุดโครงการวิจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสนับสนุนซึ่งกันและกันมีลักษณะบูรณาการ เป็นการวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาการ รวมทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงการพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) โดยงานวิชาการทั้งหมดเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะนำผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างชัดเจนตามแผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้น

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

1. ทิศทางงานวิชาการเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการผลิตงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ และสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศ

2. หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สามารถผลิตงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือกรณีวิกฤตของประเทศได้ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

3. สนับสนุนการรวมกลุ่มนักวิชาการและทรัพยากรในการดำเนินงานวิชาการ เช่น หน่วยปฏิบัติการวิจัยเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อสร้างทีมวิจัยและความเป็นเลิศทางการวิจัยเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะด้าน

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางสาขาต่างๆ สามารถสร้างผลงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนา รูปแบบงานบริการ (Model Development) ที่สามารถนำไปประโยชน์เชิงนโยบายในระดับประเทศได้อย่างเหมาะสม

5. สนับสนุนงานวิชาการที่เป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากผลผลิตงานวิจัย เพื่อขยายผลสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงนโยบายและได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

สอดคล้องกับ

- วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
- เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
- ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีคณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน ซึ่งได้กำหนดนโยบายทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน
- มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565
- โครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติในปี 2565 และผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ

หลักฐานอ้างอิง :

- คำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการศูนย์วิจัยทางคลินิก
- คำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เรื่องคณะกรรมการกำกับดูแลจัดการเรื่องการใช้สัตว์ เพื่องานทางวิทยาศาสตร์
- คำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- คำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- หนังสือการจัดทำโครงการวิจัยเสนอขออนุมัติดำเนินการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
- หนังสือแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561 – 2565)
- หนังสืออนุมัติขยายระยะเวลาแผนงาน/โครงการภายใต้คำรับรองทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน คำรับรองเลขที่ FFB640002 ครั้งที่ 1
- เอกสารการจัดสรรงบประมาณผ่านกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

คำอธิบาย:

งานวิชาการ หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development)

ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินการงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยมีการสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

ระบบสนับสนุนงานวิชาการ หมายถึง การพัฒนาบุคลากรด้านงานวิจัย การจัดหาแหล่งทุน การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการวิจัย หรือ ศูนย์วิจัยทางคลินิก การให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ การสนับสนุนและผลักดันการนำผลงานด้านวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรม และการส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ การสนับสนุนงานวิจัยสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์ รวมทั้งระบบสร้างแรงจูงใจ

ระบบติดตามงานวิชาการ หมายถึง การกำกับ แนะนำ ช่วยเหลือ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการวิชาการโดยกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือศูนย์วิจัยของหน่วยงาน หรือโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงาน หรือกลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงานมีคณะกรรมการจริยธรรมในคน หรือคณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนองานวิชาการของหน่วยงาน และหากหน่วยงานใดไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของหน่วยงาน แต่มีระบบหรือมาตรการในการจัดการคุณภาพงานวิชาการก่อนการดำเนินการ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 2)

1. สามารถวิเคราะห์และติดตามงานวิชาการด้านคุณภาพ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด ผลผลิตและงบประมาณเป็นระยะตามระบบที่กำหนด
2. ผลงานวิชาการผ่านคณะกรรมการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์/คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน เพื่อเสนอของบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่สนับสนุนงบสำหรับดำเนินการวิจัย ซึ่งมีนัยว่าหน่วยงานมีการผลิตงานวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์
3. สนับสนุนการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล
3. มีการติดตามการดำเนินโครงการของหน่วยงาน
4. มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ
5. มีการจัดทำรายงานประจำปี 2564 ของกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

หลักฐานอ้างอิง :

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัย
2. โครงสร้างกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ
3. แบบบันทึกข้อตกลงระดับบุคคล
4. หนังสือติดตามรายงานความก้าวหน้าโครงการ ประจำปีงบประมาณ 2565
5. รายงานประจำปีของกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม |
| 2 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอ ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ |
| 3 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ) |
| 4 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 2 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ |
| 5 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 3 โครงการ) โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ |

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนืองที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

คำอธิบาย:

ผลงานวิชาการหมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ และการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัย นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่มหรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัยการดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทยโดยมีประสิทธิผลและมี ประสิทธิภาพก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่า ด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรคสารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิก เวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้นรวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนานำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ/หรือหน่วยงานอื่น และ/หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานเพื่อนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่เป็นการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการ

หลักฐานอ้างอิง :

1. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ระดับนานาชาติ
2. ผลงานตีพิมพ์ที่เป็นประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. ผลงานวิชาการที่เป็นพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development)
4. ผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ
(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2564 |
| 2 | มีโครงการวิจัยที่ <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565 |
| 3 | มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> สนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565 |
| 4 | โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2565 <u>มีการดำเนินงานตามแผน</u> อย่างน้อย 1 โครงการ |
| 5 | โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2565 มีการดำเนินงานตามแผน และ <u>รายงานความก้าวหน้าในระบบตามที่แหล่งทุนกำหนด</u> อย่างน้อย 1 โครงการ |

คำอธิบาย:

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ หมายถึง แหล่งทุนที่สนับสนุนงบประมาณ / ทุน สำหรับการดำเนินงานโครงการวิจัยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) / สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) / องค์การเภสัชกรรม (GPO) / องค์การอนามัยโลก (WHO) / กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ เป็นต้น **ทั้งนี้ แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ ไม่นับรวมเงินบำรุงของหน่วยงาน**

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รับการสนับสนุนโครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 4 โครงการ

1. โครงการปัญญาประดิษฐ์สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Liquid-Based Cytology (LBC)
2. โครงการการตรวจหาการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรมในไมโทคอนเดรียเพื่อใช้พยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับของคนไทย
3. โครงการการสูญเสียการแสดงออกของ PTEN ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มี HER2 ที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. โครงการฤทธิ์ยับยั้งมะเร็งของ TNF phage ต่อก้อนมะเร็งจากเซลล์ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ปลูกถ่ายในหนูทดลอง

หลักฐานอ้างอิง :

1. หนังสืออนุมัติการจัดทำโครงการวิจัย สกสว. ปี 2565
2. โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุน ฯ
3. การติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัย AI คัดกรองมะเร็งปากมดลูก วันที่ 8 ธันวาคม 2564
4. การติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัย AI คัดกรองมะเร็งปากมดลูก วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565

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>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ / หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา) |

คำอธิบาย:

วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ หมายถึง วารสารที่มีผลกระทบ (Impact factor) หรือวารสารที่ได้รับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Center, TCI)

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)
3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ
2. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ในประเทศ

หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ
2. ผลงานตีพิมพ์วารสารวิชาการ
3. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ระดับนานาชาติ, ระดับชาติ

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/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|---------------------|--------------------------------------|----------------|-------------------------|
| ทิศทางการวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ ประโยชน์ | 20 | ผลรวมคะแนนทุก องค์ประกอบ = 4.5 | 5 | 1.000 |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- (1) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
- (2) รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
- (3) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
- (4) รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
- (5) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

- (1) หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ
- (2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- (3) หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
- (4) หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งนรีเวช
- (5) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
- (6) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
- (7) หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์
- (8) หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520, 2600, 1513, 1330

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414, 2605, 2602, 1330,
2625, 2201, 1315

คำอธิบาย :

การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์หมายถึง โรงพยาบาล สถาบันทางการแพทย์กรมการแพทย์ 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)

เพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์ระดับชาติ (National Institutes) ต่อไป ซึ่งการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะต้องดำเนินการพัฒนา และประเมินทุกองค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา และยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้มีความสมบูรณ์ทัดเทียมระดับสากลดังนั้นระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความท้าทายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุม 7 องค์ประกอบภายใน 3 ปี

สำหรับหน่วยงานที่มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์นอกเหนือจากบทบาทหลักตามกฎกระทรวง ฯ ทั้ง 15 ด้าน แล้วหากต้องการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ สามารถทำข้อตกลงโดยกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ต้องการดำเนินการเพิ่มเติมได้ เพื่อประเมิน วัตถุประสงค์ภาพ และเป็นโอกาสในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

| ระดับความสำเร็จ | ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน) | |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1.01 - 1.50 | 1.01 - 2.00 |
| 3 | 1.51 - 2.00 | 2.01 - 3.00 |
| 4 | 2.01 - 2.50 | 3.01 - 4.00 |
| 5 | 2.51 - 3.00 ขึ้นไป | 4.01 - 5.00 |

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 7 องค์ประกอบดังนี้

| | |
|---|------------------|
| 1. การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) | น้ำหนักร้อยละ 15 |
| 2. การรับส่งต่อ (Referral) | น้ำหนักร้อยละ 5 |
| 3. การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment) | น้ำหนักร้อยละ 15 |
| 4. การพัฒนาบุคลากร (Training) | น้ำหนักร้อยละ 15 |
| 5. การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference) | น้ำหนักร้อยละ 20 |
| 6. การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy) | น้ำหนักร้อยละ 20 |
| 7. การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking) | น้ำหนักร้อยละ 10 |

องค์ประกอบที่ 1 การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care)

การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) ต้องสามารถให้การรักษาโรคที่มีอาการยุ่งยาก ซับซ้อนในระดับตติยภูมิหรือสูงกว่า เป็นการรักษามาตรฐานแนวทางที่ถูกต้อง นำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มาพิจารณาใช้ในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม เป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรให้มีความชำนาญ เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่องในการใช้เทคโนโลยีวัดผลการให้บริการทางการแพทย์ ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพทั้งเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 1 การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : น้ำหนักร้อยละ 15

| 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) |

หมายเหตุ :

- การคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ (ตัวชี้วัดเชิง Process, Outcome และ Patient Safety) 6 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย
 - ตัวชี้วัดเชิง Process จำนวน 2 ตัวชี้วัด
 - ตัวชี้วัดเชิง Outcomes จำนวน 2 ตัวชี้วัดหรือมากกว่า
 - ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety จำนวน 2 ตัวชี้วัด

*ตามแบบฟอร์ม (แบบฟอร์มตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2565) ส่งกองวิชาการแพทย์ที่ policydms@gmail.com ภายในวันที่ 31 มกราคม 2565 ซึ่งการประเมินรอบ 12 เดือน ต้องเป็นตัวชี้วัดตามแบบฟอร์มนี้เท่านั้น

- เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน
- ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence-based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากลต่อระดับค่ามาตรฐาน และผลลัพธ์การดำเนินการให้ชัดเจนด้วย
- สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน
- โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้บริการรักษาโรคมะเร็งที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในระดับตติยภูมิหรือสูงกว่า ตามมาตรฐานแนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพิจารณาใช้ในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม พร้อมด้วยการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์สาขาวิชาชีพให้มีความชำนาญและเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้ดำเนินการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ ตัวชี้วัดเชิง Process, Outcome และ Patient Safety จำนวน 7 ตัว ประกอบด้วย ตัวชี้วัดเชิง Process 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

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

(2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์
ตัวชี้วัดเชิง Outcome 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

(1) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตามระยะโรค

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษา มาตรวจติดตามผลการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทุก 1 ปี

(2) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

(3) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety 2 ตัวชี้วัด

(1) ร้อยละการเกิดภาวะ Infusion Reaction จากการบริหารยาเคมีบำบัด ระดับความรุนแรงไม่เกิน grade 2

(2) ร้อยละการเกิด radiation cystitis and proctitis หลังการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน

ทั้งนี้ ได้ดำเนินการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล รอบ 6 เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามไฟล์เอกสารที่แนบ

หลักฐานอ้างอิง :

1. ตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่ามาตรฐาน ปีงบประมาณ 2565
2. ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคร้าย (5 Year survivor 3 โรคร)
3. ระยะเวลาการรอตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไป
4. รายชื่อผู้ป่วยแยกตาม BI-RADS

องค์ประกอบที่ 2 การรับส่งต่อ (Referral)

การรับส่งต่อ (Referral) สามารถรองรับการส่งต่อในโรคหรือภาวะที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ไม่สามารถให้การรักษาได้ โดยมีการวิเคราะห์สาเหตุของการรับส่งต่อ มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้สามารถรับส่งต่อ (refer in) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะทางที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งกลับ (refer back) ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาลงให้กลับไปรักษาในโรงพยาบาลเดิมที่ส่งมาควรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการวางแผน การจัดการระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 2 การรับส่งต่อ : น้ำหนักร้อยละ 5

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 2 |
|------------|--|
| 1 | รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ไม่เกินร้อยละ 65 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา |
| 2 | รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 65 แต่ไม่เกินร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา |
| 3 | รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 75 แต่ไม่เกินร้อยละ 85 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา |
| 4 | รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ตั้งแต่ร้อยละ 85 แต่ไม่เกินร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา |
| 5 | รับ Refer ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก ร้อยละ 95 ขึ้นไป ของจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา |

หมายเหตุ :

โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

– สรุปผลจำนวนผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนจากหน่วยงานอื่นที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยโรคที่เป็นภารกิจหลัก เข้ามารับการรักษาหรือวินิจฉัย เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง หรือสงสัยโรคมะเร็งที่ส่งต่อมา ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยส่งต่อมาจากเขตสุขภาพที่ 13 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.74 และรองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 15.16 และเขตสุขภาพที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 13.61 โดยแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

- (1) กลุ่มที่เป็นโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 81.64
- (2) กลุ่มมะเร็งระยะลุกลาม คิดเป็นร้อยละ 5.41
- (3) กลุ่มที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 8.03
- (4) กลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 4.92

หมายเหตุ : ข้อมูลอ้างอิง สถิติการรับ Refer ในระบบ HIS ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างวันที่

1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มกราคม 2565 จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยมะเร็งและสงสัยมะเร็งที่ส่งต่อ (Cancer / Metas / R / O) ทหารจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อทั้งหมด คุณด้วย 100 เท่ากับ 95.08

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

นโยบายมะเร็งรักษาทุกที่มีความชัดเจน ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- (1) โรงพยาบาลบางแห่งยังเข้าไม่ถึงนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่ เนื่องจากขาดทรัพยากรด้านบุคลากรและเครื่องมือ
- (2) มีการลงข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus น้อยและยังไม่สมบูรณ์
- (3) ผู้ปฏิบัติยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

- (1) เพิ่มการเข้าถึงการลงข้อมูล TCB Plus กับสถานพยาบาลในเขตบริการสุขภาพให้มากขึ้น
- (2) เพิ่มศักยภาพ Nurse Coordinator

หลักฐานอ้างอิง :

- (1) ข้อมูลอ้างอิงสถิติการรับ Refer ในระบบ HIS ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยมะเร็ง และส่งสัยมะเร็งที่ส่งต่อ
- (2) ข้อมูลเหตุผลการรับส่งต่อ Refer In 2565 วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 มกราคม 2565

องค์ประกอบที่ 3 การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment)

การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment) เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบสาเหตุ ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำผลการวิจัยพัฒนามากำหนดรูปแบบในการจัดบริการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม สามารถกำหนดเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา การลดค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ตลอดจนการจัดบูรณาการโครงการวิจัยชุดให้มีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นงานวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ปัญหาด้านการแพทย์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 3 การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 15

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 3 |
|------------|---|
| 1 | มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อนำมาจัดทำแผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ตามบริบทของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ |
| 2 | จัดทำแผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ในข้อ 1 |
| 3 | มีการจัดทำโครงการตามแผนงานวิจัยหรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ |
| 4 | ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1) หรือวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศที่มี Impact factor |
| 5 | ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือเป็นต้นแบบการพัฒนาระบบสุขภาพ ในเขตบริการสุขภาพ หรือพื้นที่เป้าหมาย |

หมายเหตุ :

1. แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping / นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการทางวิชาการ ในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่า

2. ผลงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline Development) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) ใช้ผลงานย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี

3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

เนื่องจากการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (health technology assessment) เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด หรือที่เรียกว่าต้นทุนค่าเสียโอกาส ซึ่งผลของการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในทางสุขภาพนั้นมีผลกระทบในทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบสาธารณสุข โดยผลงานที่จะนำเสนอในครั้งนี้เป็นผลของการประเมินเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งตับในรูปแบบใหม่ ซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในทางคลินิก แต่มีราคาแพงกว่า เมื่อเทียบกับการรักษาแบบเดิม

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

นำผลการศึกษาระเมินเทคโนโลยีการผ่าตัดมะเร็งตับแบบส่องกล้อง นำไปจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย
หรือเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพ ในเขตบริการสุขภาพ และในโรงพยาบาลมะเร็งส่วนภูมิภาคต่อไป

หลักฐานอ้างอิง :

1. มาตรการที่ได้ดำเนินการ
2. ผลของการประเมินเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งตับในรูปแบบใหม่

องค์ประกอบที่ 4 การพัฒนาบุคลากร (Training)

การพัฒนาบุคลากร (Training) หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทักษะ ทศนคติ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพื่อสร้างให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐาน รองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่4การพัฒนาบุคลากร : ให้นำหนักร้อยละ 15

| 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 |

หมายเหตุ :

1. หลักสูตร Training คือ หลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ เช่น แพทย์ประจำบ้าน การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาชีพ ที่สถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะเฉพาะทางและหลักสูตรนั้นต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นหลักสูตรที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง

2. เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ข้อกำหนด ข้อบังคับ เงื่อนไข ที่เกี่ยวกับหลักสูตรเพื่อรับรองคุณภาพการฝึกอบรม โดยสภาวิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาล สาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์สภา ราชวิทยาลัย สภาการพยาบาล สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น

3. International training program คือ หลักสูตรการฝึกอบรมนานาชาติที่เป็นความร่วมมือกับต่างประเทศ โดยในหลักสูตรมีการรับ student จากต่างประเทศ และหรือส่ง student ไปฝึกอบรมที่ต่างประเทศ

4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- ได้รับอนุมัติให้เปิดสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม 2560 เป็นต้นไป
- ผ่านการประเมินสถาบันฝึกอบรม หลักสูตร WFME โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564
- มีแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจบหลักสูตรในปี 2562 จำนวน 1 ราย
- อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จำนวน 1 ราย
- มีแผนการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ 2 ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 1 ราย
- เนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน จึงไม่สามารถดำเนินการส่งแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไปศึกษาดูงานในต่างประเทศได้
- มีแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอยู่ในระหว่างฝึกอบรม ชั้นปีที่ 2 จำนวน 1 ราย จากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ผลการดำเนินงานมีความล่าช้ากว่าที่กำหนด เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงไม่สามารถดำเนินการส่งแพทย์
ประจำบ้านต่อยอดไปศึกษาดูงานในต่างประเทศได้

หลักฐานอ้างอิง :

1. หนังสืออนุมัติเปิดสถาบันฝึกอบรม
2. แบบประเมิน EPA
3. หนังสือการรับรองมาตรฐานและคุณภาพแผนงานฝึกอบรม
4. หนังสือขอดูงานแพทย์ประจำบ้าน
- 5 – 7. แบบรายงานผลการคัดเลือกแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการ
ประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช ประจำปีการฝึกอบรม 2565

องค์ประกอบที่ 5 การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference)

การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference) เป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล ด้านสถานการณ์ ด้านวิชาการ โดยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่พบ ความสูญเสียด้านชีวิตและทรัพย์สิน ทรัพยากร เครื่องมือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำมาประมวลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปกำหนดเป็นนโยบาย และการบริหารจัดการที่เหมาะสม มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่น รวมถึงบุคลากรเป็นที่ยอมรับอ้างอิง ได้รับเชิญเป็นคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ มีผลงานวิชาการถูกนำไปใช้ประโยชน์

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 5 การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 20

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 5 |
|------------|--|
| 1 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับหน่วยงาน |
| 2 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกรมการแพทย์ |
| 3 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกระทรวงสาธารณสุข |
| 4 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับนอกกระทรวงสาธารณสุข |
| 5 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับต่างประเทศ |

หมายเหตุ :

1. มีการสำรวจข้อมูลภาระโรค กลุ่มอาการที่สำคัญ จะต้องเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
2. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาค สามารถร่วมดำเนินและใช้ข้อมูลเดียวกัน และมีรายงานการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน
3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. รับผิดชอบฐานข้อมูลระดับประเทศ ในการจัดทำข้อมูลทะเบียนมะเร็งของประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นผู้รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง จากหน่วยทะเบียนมะเร็งทั่วประเทศ นำมาวิเคราะห์ คิดค่าประมาณการณ์ของประเทศไทย มีการรายงานจัดทำเป็นหนังสือ Cancer in Thailand ทุก ๆ 3 ปี ปัจจุบันรายงานข้อมูลระหว่างปี 2559 – 2561 เผยแพร่ใน Website ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติและส่งต่อข้อมูลให้องค์กรวิจัยมะเร็งนานาชาติ (WHO/IARC) เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก (GLOBOCAN)
2. อยู่ระหว่างการจัดทำคู่มือข้อเสนอแนะการคัดกรองการตรวจยีน BRCA1 BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูง
3. มีการจัดเก็บข้อมูลและอ้างอิงข้อมูลในระดับต่างประเทศ International Agency for Research on Cancer
4. บุคลากรสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รับเชิญเป็นคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ

หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารการเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการ
2. รายชื่อคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ
 - ระดับกระทรวงสาธารณสุข
 - ระดับนอกกระทรวงสาธารณสุข
 - ระดับต่างประเทศ

องค์ประกอบที่ 6 การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy)

การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy) มีการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้เป็นสถาบันระดับชาติ สามารถพัฒนาให้เป็นแหล่งอ้างอิงและสามารถผลักดันให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในระดับประเทศหรือระดับที่สูงขึ้นเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในระดับสูงต่อประชาชนจำนวนมาก

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 6 การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย :
น้ำหนักร้อยละ 20

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 6 |
|------------|---|
| 1 | มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับหน่วยงานที่ผ่านความเป็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ |
| 2 | มีการประชุมคณะกรรมการ ฯ และสรุปผลการวิเคราะห์ประเด็นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย |
| 3 | จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายตาม CoE |
| 4 | นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายให้กรมพิจารณา |
| 5 | ข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการนำเสนอและนำไปปฏิบัติในระดับประเทศ |

หมายเหตุ :

- หัวข้อในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎกระทรวง
- ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องผ่านกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หรือคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ หรือวิจัยประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาตินำเสนอแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับการผลักดันเป็นนโยบายระดับประเทศในหมวดการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการขับเคลื่อนโครงการผ่านคณะกรรมการ Service plan สาขามะเร็งและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อร่วมกันขยายหน่วยบริการในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครอบคลุมทั้ง 12 เขตสุขภาพ มีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการต่างๆ ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินโครงการฯ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้สำหรับเป็นฐานข้อมูลกลางในการตรวจสอบประวัติการคัดกรอง และติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ปัญหาสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้แต่ละพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

ในปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป มีการขยายพื้นที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัด ดังนั้นจะมีการปรับรูปแบบการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฯ ในบางที่ที่พบปัญหา COVID-19 ผ่านระบบ Online (Tele conference) ส่วนพื้นที่ไหนสถานการณ์ COVID-19 คลี่คลายก็จะดำเนินการจัดประชุมแบบ Onsite

หลักฐานอ้างอิง :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ
2. ผลการดำเนินการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับชาติ ปี 2562 และแผนการพัฒนา ปี 2563
3. สรุปการประชุม 7*7 ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 13 มิถุนายน 2562
4. สรุปมติและข้อสั่งการ 7*7 ครั้งที่ 6/2562 วันที่ 3 กันยายน 2562
5. รายงานการประชุม 7*7 ครั้งที่ 6 วันที่ 3 กันยายน 2562
6. NATIONAL-HPV-SCREEN-Present-MOPH-NHSO วันที่ 27 ธ.ค. 2562
7. รายงานการประชุม 7*7 ครั้งที่ 1 วันที่ 14 มกราคม 2563
8. หนังสือเชิญประชุม วันที่ 17 มิถุนายน 2563
9. สรุปมติการประชุม HPV DNA test วันที่ 17 มิ.ย. 2563
10. หนังสือเชิญประชุม วันที่ 31 สิงหาคม 2563
11. สรุปมติการประชุม HPV DNA test วันที่ 31 สิงหาคม 2563
12. สรุปมติการประชุม HPV DNA test วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564
13. รายงานการประชุม 7*7 ครั้งที่ 4 วันที่ 20 เมษายน 2564
14. สรุปมติการประชุม HPV DNA test วันที่ 8 กรกฎาคม 2564
15. สรุปมติประชุม 7*7 ครั้งที่ 2 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565
16. slide HPV DNA Test present 7*7 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565

องค์ประกอบที่ 7 การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)

การมีเครือข่ายวิชาการ (Network) การพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างเครือข่ายทางวิชาการเพื่อการยกระดับการพัฒนาวิชาการแพทย์ในทุกระดับทั้งในและต่างประเทศ เพื่อความครอบคลุมในการขยายการพัฒนา

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 7 การมีเครือข่ายวิชาการ : น้ำหนักร้อยละ 10

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 7 |
|------------|--|
| 1 | มีคณะกรรมการเครือข่ายวิชาการ (Network) ทางด้านแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) |
| 2 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ |
| 3 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุข |
| 4 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข |
| 5 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ |

หมายเหตุ : โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. TCI ที่ <https://tci-thailand.org/list%20journal.php>
2. หลักฐานแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ปี 2563 – 2564
3. หลักฐานข้อมูลอ้างอิงอย่างชัดเจนทุกองค์ประกอบ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมี TCI วารสารโรคมะเร็ง
2. ดำเนินการจัดทำแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ปี 2564
 - การมีเครือข่ายวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

หลักฐานอ้างอิง :

1. TCI วารสารโรคมะเร็ง
2. การมีเครือข่ายวิชาการ

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|---|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ | 10 | 4.85 | 5 | 0.5000 |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- (1) รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
- (2) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520, 1555

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

คำอธิบาย :

การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการ การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากรตลอดจนกลยุทธ์และเครื่องมืออย่างเป็นระบบที่สามารถดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

การประดิษฐ์ (Invention) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับลักษณะองค์ประกอบ โครงสร้างหรือกลไกของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งกรรมวิธี กระบวนการในการผลิต การรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น หรือทำให้เกิดผลิตภัณฑ์/บริการขึ้นใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยารักษาโรค วิธีการในการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ สิ่งประดิษฐ์ บริการ กรรมวิธีที่เกี่ยวกับการยกระดับ การรักษา การวินิจฉัย การเรียนรู้ การป้องกันที่มีคุณภาพและปลอดภัยทางการแพทย์ ทั้งที่เป็นสิ่งใหม่หรือพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งในเชิงสาธารณสุขและเชิงพาณิชย์ได้ โดยจำแนกประเภทนวัตกรรมไว้ 3 ประเภท ดังนี้

1. นวัตกรรมที่ตอบสนองนโยบาย (Policy related Innovation) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบาย กรมการแพทย์ ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน

2. นวัตกรรมบริการ (Innovation for service) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริการด้านการแพทย์แบบเดิมหรือเพิ่มประสิทธิภาพความปลอดภัย ให้กับระบบสุขภาพ หรือการบริการด้านการแพทย์แบบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (Equity)

3. นวัตกรรมแห่งอนาคต (Innovation of the future) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ลดอุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลรักษา ก่อให้เกิดความคล่องตัว รวดเร็ว และแม่นยำอย่างครบวงจร สามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ โดยใช้เทคโนโลยีที่ล้ำสมัย

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

| ระดับความสำเร็จ | ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน) | |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| | รอบ 6 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 1 | 1 | 0.00 – 1.00 |
| 2 | 1.01 – 1.50 | 1.01 – 2.00 |
| 3 | 1.51 – 2.00 | 2.01 – 3.00 |
| 4 | 2.01 – 2.50 | 3.01 – 4.00 |
| 5 | 2.51 – 3.00 ขึ้นไป | 4.01 – 5.00 |

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 3 องค์ประกอบดังนี้

| | |
|---|------------------|
| 1. โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system) | น้ำหนักร้อยละ 20 |
| 2. การพัฒนานวัตกรรม (Development) | น้ำหนักร้อยละ 50 |
| 3. การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) | น้ำหนักร้อยละ 30 |

องค์ประกอบ 1 : โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)
น้ำหนัก : ร้อยละ 20

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|---|
| 1 | หน่วยงานมีโครงสร้าง และการดำเนินงานในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ | - คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา/จัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ - หน่วยงานย่อยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานนวัตกรรมทางการแพทย์ |
| 2 | หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ 2565 | - แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ 2565 |
| 3 | หน่วยงานมีการวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข | - ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ |
| 4 | หน่วยงานมีกรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ | - conceptual framework |
| 5 | หน่วยงานมีฐานข้อมูลนวัตกรรมทางการแพทย์ | - ฐานข้อมูลนวัตกรรมทางการแพทย์ |

หมายเหตุ : ต้องดำเนินการครบทุกข้อตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 1 คือ

1. โครงสร้างและการดำเนินงานของหน่วยงาน หมายถึง การมีโครงสร้างคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงาน ให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การสร้างบรรยากาศ เพื่อเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสเสนอความคิด สร้างสรรค์ทางการแพทย์ อาจเป็นในรูปแบบการมีคลินิกนวัตกรรมรับฟังปัญหา จัดหาเวทีนำเสนอนวัตกรรม จัดกลุ่มเพิ่มเติมความรู้ หาแนวทางการช่วยเหลือ การสร้างแรงจูงใจ การมอบรางวัลยกย่องชมเชยบุคลากรที่มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อเป็นกำลังใจในการพัฒนา

2. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หมายถึง แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่หน่วยงานจัดทำขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการกระบวนการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่หรือนำของเดิมมาพัฒนาต่อยอดให้ดีขึ้นมีการของบประมาณหรือมีการเตรียมการไว้สำหรับดำเนินการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ หรือแผนพัฒนาหน่วยงานในด้านนวัตกรรมโดยเฉพาะ

3. การวิเคราะห์ช่องว่าง/ปัญหา (Gap Analysis) หมายถึงการวิเคราะห์ช่องว่าง/ที่มาของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

4. กรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์หมายถึงการกำหนดขอบเขตของการสร้างนวัตกรรม ประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเครื่องมือ รูปแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ฐานข้อมูลนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง ฐานข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงานที่เป็นปัจจุบัน สามารถติดตามความก้าวหน้าการพัฒนานวัตกรรมได้

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีโครงสร้างการดำเนินงานอย่างชัดเจน ประกอบไปด้วย 4 ภารกิจ ซึ่ง 1 ในภารกิจของสถาบัน ฯ ได้แก่ ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ มีกลุ่มงานภายใต้ภารกิจที่เกี่ยวกับการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ คือ กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ มีงานย่อยภายในกลุ่มงาน คือ งานวิจัยพื้นฐานและนวัตกรรม พร้อมทั้งยังมีผู้รับผิดชอบที่ดำเนินงานเกี่ยวกับงานนวัตกรรมตามโครงการต่าง ๆ ที่ได้เสนอจัดทำ

2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามการรักษาด้านโภชนาบำบัดอย่างครบวงจร เชื่อมต่อการทำงานกับระบบโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และสืบเนื่องต่อยอดมาปีงบประมาณ 2565 ได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน โครงการพัฒนา Nutrition Application เพื่อการขยายผลใช้งานในโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคทั้ง 7 แห่ง

3. มีการดำเนินงานวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการอย่างเป็นระบบ ตามหลักการและเหตุผลของโครงการ รวมไปถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนา Application เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ

หลักฐานอ้างอิง :

1. โครงสร้างกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ
2. โครงการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามการรักษาด้านโภชนาบำบัด ฯ 2564
3. แผนงานโครงการพัฒนานวัตกรรม Application 2565
4. NCI Nutrition

องค์ประกอบ 2 : การพัฒนานวัตกรรม (Development) หน้าที่ : ร้อยละ 50

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|---|
| 1 | นวัตกรรมในหน่วยงานมีการพัฒนาระดับศักยภาพ | - แผนการพัฒนาบุคลากร - ผลลัพธ์และผลผลิตที่ได้ - ใบรับรองเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ - หนังสือเชิญ/แบบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม |
| 2 | บุคลากรมีแนวคิดในการสร้าง/พัฒนาชิ้นงานนวัตกรรม | - concept paper |
| 3 | มีแผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) | - Action plan |
| 4 | หน่วยงานมีต้นแบบชิ้นงานนวัตกรรม (Prototype) ที่เกิดจากแผนงาน/โครงการประจำปี หรือที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี) | - รายละเอียดนวัตกรรม (proposal) พร้อมแผนงาน/โครงการประจำปี |
| 5 | มีการสรุปรายงานการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ | - รายงานฉบับสมบูรณ์ (full paper) |

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 2 คือ

1 การพัฒนาระดับศักยภาพนวัตกรรม หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ แนวคิดใหม่รวมถึงฝึกฝนการใช้เครื่องมือวิธีการเพื่อพัฒนานวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

2. Concept paper หมายถึง เอกสารที่แสดงถึงแนวทางการพัฒนานวัตกรรมอย่างย่อหรือโครงการฉบับย่อ ประกอบด้วย หัวข้อโครงการ ผู้พัฒนานวัตกรรม (นวัตกรรม) ที่มาและความสำคัญวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นิยามศัพท์เฉพาะ และวิธีดำเนินการพัฒนานวัตกรรม

3. แผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) หมายถึง แผนการดำเนินงานในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของหน่วยงาน

4. ต้นแบบนวัตกรรม (Prototype) หมายถึง การนำนวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการประดิษฐ์ คิดค้น พัฒนาจนได้เป็นชิ้นงานนวัตกรรมนำมาทดลองใช้ ปรับปรุงและหรือวิจัยชิ้นงาน โดยผ่านคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงาน และหรือได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการใช้ในคน (EC) (สำหรับนวัตกรรมที่นำมาใช้ในคน) อย่างเป็นทางการ ก่อนนำมาทดลองวิจัยในแผนกของหน่วยงานต้นสังกัด และนำผลการทดลองการวิจัยมาพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นจนเกิดเป็นต้นแบบนวัตกรรมที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้

5. Proposal หมายถึง รายละเอียดต่างๆที่เกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์ สมมติฐาน ความสำคัญและที่มาของปัญหา รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย ข้อจำกัด ผลที่คาดว่าจะได้รับ และตารางปฏิบัติงาน

6. รายงานฉบับสมบูรณ์ (Full paper) หมายถึง การสรุปรายงานเพื่อแสดงรายละเอียดของการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมและผลของการดำเนินการ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามการรักษาด้านโภชนาการอย่างครบวงจร เชื่อมต่อการทำงานกับระบบโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และสืบเนื่องต่อยอดมา ปีงบประมาณ 2565 ได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน โครงการพัฒนา Nutrition Application เพื่อการขยายผลใช้งานในโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคทั้ง 7 แห่ง ซึ่งทั้งนี้ได้มีการจัดโครงการถ่ายทอด เรื่องการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งผ่าน NCI Nutrition Application สำหรับบุคลากรภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานในการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์การประเมิน และมีประสิทธิภาพ

หลักฐานอ้างอิง :

1. โครงการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามการรักษาด้านโภชนาการบำบัด ฯ 2564
2. แผนงานโครงการพัฒนานวัตกรรม NCI Nutrition Application 2565
3. โครงการ NCI Nutrition Application สำหรับบุคลากรภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. หนังสือเชิญเข้าร่วมอบรมโครงการ ฯ
5. แบบสรุปโครงการ
6. สรุปปิดโครงการ
7. เอกสารนำเสนอ Food quality

องค์ประกอบ 3 : การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) : นำหนักร้อยละ 30

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|--|
| 1 | หน่วยงานมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน | - หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน |
| 2 | หน่วยงานนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและหรือภายนอกหน่วยงาน หรือสาธารณะ | - หลักฐานเชิงประจักษ์ การเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ |
| 3 | หน่วยงานมีการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น | - หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการถ่ายทอดที่แสดงการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น |
| 4 | มีกระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา | - เลขที่คำขอการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา และ/หรือเอกสารที่แสดงว่าอยู่ในกระบวนการขอจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา |
| 5 | มีเครือข่ายการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม สามารถนำไปใช้เชิงสาธารณะ และหรือเชิงพาณิชย์ | - ข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม / รายชื่อหน่วยงาน องค์การที่ร่วมพัฒนา และหรือสัญญาความร่วมมือ และหรือข้อตกลงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม |

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 3 คือ

1. หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานประกาศนำนวัตกรรมทางการแพทย์ขึ้นนั้นมาใช้ในหน่วยงาน รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
2. หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานอื่นขอนำนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้ประโยชน์รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
3. การจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การมีแผนการดำเนินการและข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดสู่การจับคู่เจรจา ซึ่งเป็นกระบวนการตั้งแต่ 2 หน่วยงาน ทำการเจรจาเพื่อพัฒนานวัตกรรมให้ได้มาตรฐานหรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม และสามารถยืดหยุ่นได้ซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ของหรือบริการทางการแพทย์ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามหาข้อยุติต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพ
4. กระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หมายถึง การเขียนหนังสือคำร้องขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์ โดยส่งผ่านกรมการแพทย์ให้ดำเนินการ และหรือได้รับเลขคำขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา
5. การนำไปใช้เชิงสาธารณะ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถเป็นต้นแบบนำไปพัฒนาระบบการดูแล รักษา วินิจฉัยทางการแพทย์ หรือฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นในประเทศหรือต่างประเทศได้อย่างแพร่หลาย
6. การนำไปใช้เชิงพาณิชย์ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถนำไปเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดรายได้ต่อหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกรมการแพทย์

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการคิดค้นนวัตกรรม NCI Nutrition Application และสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน รวมไปถึงได้มีการนำเสนอผลงานนวัตกรรมต่อท่านรองอธิบดีกรมการแพทย์

หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารนำเสนอ Food quality
2. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ NCI Nutrition Application ภายในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|---|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ | 10 | 2.7 | 5 | 0.5000 |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)



รอบ 6 เดือน



รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- (1) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
- (2) รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการ มีบทบาทภารกิจในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการในทุกภาคส่วน และสนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทดี่ยุติมิตติภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เสริมสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพ กรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการทางสาธารณสุขในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด จากการดำเนินการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่ผ่านมาพบว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชน และยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้เล็งเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Big Rock) ในเขตสุขภาพเพื่อให้เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ คล่องตัว และสามารถปรับระบบบริการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญในการกระจายอำนาจให้กับเขตสุขภาพ และกำหนดพื้นที่เป้าหมายนำร่อง การปฏิรูปในเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 ในการขับเคลื่อนและดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูปฯ ให้มีความเชื่อมโยงกัน กรมการแพทย์ได้มุ่งเน้นสนับสนุนการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชาชน รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ด้านต่างๆ

คำนิยาม :

เขตสุขภาพ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการทำงานมุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคที่มีการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทางด้านต่าง ๆ จำนวน 32 แห่ง

ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์สนับสนุน ให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุน ด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ เป็นต้น

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข หมายถึง การดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมี **กิจกรรมหลัก**ในแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้เสี่ยงโรคและผู้สูงอายุได้รับบริการที่มี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันสมัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ พร้อมทั้งผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองและได้รับการบิบาลและรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพที่บ้านและในชุมชน โดย กำหนดกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนจะเน้นโดย การขับเคลื่อนการดำเนินงาน/ โครงการภายใต้กิจกรรม Big Rock เพื่อเป็นกรอบการขับเคลื่อนและกำกับติดตาม

กิจกรรม Big rock ตามแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) 5 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุขรวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ เช่น การพัฒนาและ ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้าน EIDs, แผน BCP : Resilience to COVID-192) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย 3) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบิบาลการรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองใน ระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม4) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรมทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง และ 5) การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการ แบบบูรณาการ

เกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุขตามบทบาทภารกิจ ที่สอดคล้องกับกิจกรรม Big Rock หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาต่างๆ อย่างน้อย 1 ด้าน |
| 2 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมีการวิเคราะห์ส่วนขาด (gap) ของระบบสุขภาพ ตามบทบาทภารกิจ โดยใช้กรอบแนวคิด Six -building blocks plus |
| 3 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมีการจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับ กิจกรรม Big Rock ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนา ระบบ บริการสุขภาพ (Service plan) สาขาที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ |
| 4 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของ กรมการแพทย์ ที่สอดคล้องกับ Big Rock ในเขตสุขภาพนำร่องตามแผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan)แก่เขตสุขภาพ |
| 5 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|---|
| 1 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพ ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขตามบทบาทภารกิจที่ สอดคล้องกับกิจกรรม Big Rock หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาต่างๆ อย่างน้อย 1 ด้าน | 1.เอกสารการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพและการกระจายทรัพยากรต่างๆ 2.เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลตามบทบาท ภารกิจโรงพยาบาล/สถาบันสังกัดกรมการ แพทย์ |
| 2 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมี การวิเคราะห์ส่วนขาด (gap) ของระบบสุขภาพตาม บทบาทภารกิจโดยใช้กรอบแนวคิด Six -Building blocks plus | ข้อมูลการวิเคราะห์ส่วนขาด (gap) ระบบ สุขภาพที่พึงประสงค์ตามกรอบแนวคิด Six -Building blocks plus |
| 3 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และเขตสุขภาพมี การจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับกิจกรรม Big Rockตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการ แพทย์ | แผนงาน/โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก กรมการแพทย์ |
| 4 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการสนับสนุนด้าน วิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ ที่ สอดคล้องกับ Big Rock ในเขตสุขภาพนำร่องตาม แผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) หรือการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan)แก่เขตสุขภาพ | กิจกรรมการสนับสนุนด้านวิชาการและ/หรือ บริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ |
| 5 | โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค | รายงานสรุปผลการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|------------------|----------------|----------------|----------------------|
| ระดับความสำเร็จของความร่วมมือ ด้านวิชาการและบริการกับเขต สุขภาพ | 10 | 3 | 3 | 0.3000 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการวิเคราะห์ และรายงานสถานการณ์โรคมะเร็ง ถึงอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย พร้อมทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอการพัฒนาด้านการจัดระบบบริการสาขามะเร็งทรัพยากรบุคคล และเครื่องมือ
2. ดำเนินการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด Six-Building blocks plus Service Plan สาขาโรคมะเร็ง
3. มีโครงการที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan แก่เขตสุขภาพ

หลักฐานอ้างอิง :

1. รายงานสถานการณ์โรคมะเร็ง
2. Six-Building blocks plus Service Plan สาขาโรคมะเร็ง
3. เอกสารโครงการการรวมพลังป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
4. เอกสารขออนุมัติโครงการ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)



รอบ 6 เดือน



รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.1 ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพการให้บริการ

กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- (1) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
- (2) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการแพทย์ผู้ป่วยนอก
- (3) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2600, 2302

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2605

คำอธิบาย :

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการดำเนินงานมุ่งเน้น 9 เรื่อง ประกอบด้วย

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง | 2. เศรษฐกิจสุขภาพ |
| 3. สมุนไพรกัญชา กัญชง | 4. สุขภาพวิถีใหม่ |
| 5. COVID-19 | 6. ระบบบริการก้าวหน้า |
| 7. ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม | 8. ธรรมาภิบาล |
| 9. องค์กรแห่งความสุข | |

โดยนโยบายระบบบริการก้าวหน้า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเน้นให้มี “การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐให้สาธารณสุขไทย เป็นเรื่องง่าย สะดวกเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว” สอดคล้องกับเข็มมุ่งปี 2565 ของกรมการแพทย์ ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)” จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงานทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม “Smart OPD : ทันสมัย สะดวก รอไม่นาน”

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | ประเมินตนเองตามเกณฑ์ Smart OPD |
| 2 | วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนาและจัดทำแผนพัฒนาตามบริบทของหน่วยงาน |
| 3 | ดำเนินการตามแผนพัฒนาบริการ |
| 4 | มีการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมการแพทย์ (ในระหว่างวันที่ 1- 31 ก.ค. 65) |
| 5 | จัดทำรายงานสรุปผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการ ฯ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาตามผลการสำรวจ |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบ |
|------------|---|---|
| 1 | ประเมินตนเองตามเกณฑ์ Smart OPD | ผลการประเมินตนเอง : แบบประเมินเกณฑ์ Smart OPD หน่วยงานบริการสังกัดกรมการแพทย์ |
| 2 | วิเคราะห์โอกาสในการพัฒนาและจัดทำแผนพัฒนาตามบริบทของหน่วยงาน | แผนการพัฒนาบริการ |
| 3 | ดำเนินการตามแผนพัฒนาบริการ | รายงานผลการดำเนินงานตามแผน |
| 4 | มีการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมการแพทย์ (ในระหว่างวันที่ 1- 31 ก.ค. 65) | แนบ Link หรือ QR code แบบสอบถามที่เผยแพร่ให้ผู้รับบริการตอบ (โดยกลุ่มพัฒนาระบบบริหารจะส่งรายละเอียดคำถามให้หน่วยงานทราบในภายหลัง) |
| 5 | จัดทำรายงานสรุปผลการสำรวจการรับรู้และความพึงพอใจผู้รับบริการ ฯ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาตามผลการสำรวจ | สรุปผลสำรวจการรับรู้ฯ ในรูปแบบ PDF (แสดงรายละเอียด เช่น ข้อมูลทั่วไป, จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจฯ, ข้อมูลเชิงสถิติ) |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|---|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| 2.1 ระดับความสำเร็จด้านคุณภาพการให้บริการ กรณีที่ 1 หน่วยงานบริการ ระดับความสำเร็จในการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก (Smart OPD) | 15 | 3 | 3 | 0.4500 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้พัฒนาคุณภาพการบริการโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการ ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัย “Smart OPD : ทันสมัย สะดวก รอไม่นาน” โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1. สำรวจสถานที่ เพื่อดูความต้องการใช้งาน และจัดให้ตู้ทันสมัย สะอาด สวยงาม อย่างเหมาะสม
2. ปรับปรุงภูมิทัศน์ เพิ่มพื้นที่การรอคอย และ co-working space
3. ดำเนินการตรวจสอบระบบไหลเวียนอากาศและหลักการควบคุมการติดเชื้อ โดยผู้เชี่ยวชาญ
4. พัฒนาระบบการนัดหมายคิวออนไลน์ สามารถทำได้หลายช่องทาง เช่น ผ่าน App. NCI Easy, Website, LINE โดยมีการกำหนด Slot เวล่านัดหมายแบบเหลื่อมเวลารับบริการ เพื่อลดความแออัดหน้าหน่วยบริการ
5. ระบบการแจ้งเตือน คิวรับบริการผ่าน Line Official NCI Connect และ App. NCI Easy
6. ให้การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยเชื่อมข้อมูลผ่านระบบ HIS และ App. NCI Easy มีการเก็บข้อมูลการให้บริการในฐานะข้อมูลของกรมการแพทย์
7. มีการชำระค่าบริการด้วยระบบออนไลน์
8. พัฒนาระบบการตรวจสอบยาที่จัดส่งทางไปรษณีย์

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. ผู้รับบริการเข้าไม่ถึง IT เช่น โทรศัพท์ไม่ใช่ smart phone, ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต
2. สัญญาณ Wi-Fi ในโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมทุกจุด
3. จำกัดด้วยสถานที่ จึงต้องมีการวางแผนการดำเนินงานเป็นระยะ และจัดลำดับตามความเร่งด่วน
4. การใช้งาน App. NCI easy เพื่อเชื่อมต่อกับระบบ HIS ยังทำได้ในบางระบบ เช่น Telemedicine
5. ผู้รับบริการไม่มีการใช้ App. NCI Easy หรือ LINE @NCI connect เมื่อมาใช้บริการ
6. เมื่อชำระค่าบริการผ่านระบบออนไลน์ ระบบจะไม่ทราบว่าผู้รับบริการท่านใดชำระค่าบริการมาบ้าง ต้องนำ Slip มายืนยันที่การเงินก่อน จึงจะสามารถออกหลักฐานการชำระเงินให้ได้
7. ยังไม่มีระบบการติดตามยา เมื่อส่งยาออกไปให้ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

1. ติดตั้งสัญญาณ Wi-Fi ให้ครอบคลุมทุกจุด และมีความเร็วเพียงพอในการรับส่งข้อมูล
2. พัฒนา App. NCI Easy ให้ใช้งานได้ง่ายมากขึ้น และเชื่อมต่อกับระบบ HIS ได้หลากหลายมากขึ้น
3. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนคิวรับบริการ โดยให้แจ้งทราบจำนวนคิวก่อนหน้า
4. ปรับปรุงการชำระค่าบริการโดยผ่าน Payment gateway ให้ระบบสามารถออกใบรับรองใบเสร็จได้เลย

หลักฐานอ้างอิง :

1. แบบประเมินเกณฑ์ Smart OPD สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. แผนการดำเนินงาน Smart OPD
3. การดำเนินงานตามแผน ผ่านทางช่องทางออนไลน์

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน
ของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กรมการแพทย์

คำนิยาม:

1. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) คือเครื่องมือการประเมินการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงาน ซึ่งเป็นการประเมินเชิงบวกและเป็นมาตรการป้องกันการทุจริตโดยการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานทุกประเภท ตำแหน่ง ระดับ ที่ทำงานให้กับหน่วยงานมาเป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่น ที่มารับบริการหรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

4. แบบวัดการรับรู้ หมายถึง แบบที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกทางระบบออนไลน์ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) ตามระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม |
| 2 | หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) |
| 3 | หน่วยงานจัดให้ผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการอธิบายหรือถ่ายทอดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) เข้าใจในข้อคำถามการตอบแบบวัดการรับรู้ IIT และ EIT |
| 4 | 4.1 หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด 4.2 หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด |
| 5 | หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2566 |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ขั้นตอน/ ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | หลักฐาน | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|-------------------|--|--|---|
| 1 | หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม | ตรวจสอบจากการส่งรายชื่อจาก Google Form | 17 ธ.ค. 64 |
| 2 | หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) | ตรวจสอบจากการเข้าประชุมผ่านระบบ Teleconference | 21 ธ.ค. 64 |
| 3 | หน่วยงานจัดให้ผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการอธิบายหรือถ่ายทอดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) เข้าใจในข้อคำถามการตอบแบบวัดการรับรู้ IIT และ EIT | สรุปการจัดกิจกรรม ได้แก่ จำนวนผู้เข้าฟัง ผลการประเมินจากการทดลองทำแบบประเมินส่งทาง e-mail : law.dms@dms.mail.go.th | ธ.ค. – มี.ค. 65 |
| 4 | 4.1 หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด 4.2 หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด | 4.1 ตรวจสอบการส่งรายชื่อตามแบบที่ ป.ป.ช. กำหนด ทาง e-mail : law.dms@dms.mail.go.th 4.2 จำนวนผู้ตอบแบบวัดการรับรู้ภาพรวมกรมการแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด | - ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด (31 ม.ค. 65) - ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด (มี.ค.-พ.ค. 65) |
| 5 | หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงานพร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2566 | สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ ส่งทาง e-mail : law.dms@dms.mail.go.th | ส.ค. 2565 |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| ระดับความสำเร็จของการดำเนินการ ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) | 5 | 3.5 | 3.5 | 0.1750 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการสร้างเครือข่ายป้องกันการปราบปรามการทุจริตของกรมการแพทย์ และเข้าร่วมกิจกรรมที่กรมการแพทย์จัดขึ้น รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชัน และเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยมีการประสานงานที่รับผิดชอบในกิจกรรมของหน่วยงาน ได้จัดให้มีแผนป้องกันการปราบปรามการทุจริตหน่วยงาน รวมไปถึงส่งรายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและผู้มีส่วนเสียภายนอกเข้าร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์

หลักฐานอ้างอิง :

1. หนังสือที่ สธ 0315/1120 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2564 เรื่องส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรมเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
2. หนังสือที่ สธ 0315/116 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 เรื่อง ขอส่งรายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) เพื่อเข้าร่วมตอบแบบวัดการรับรู้
3. เข้าร่วมการประชุมแลกเปลี่ยนครั้งที่ 1/65 และครั้งที่ 2/65 ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)
2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

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

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ส่วนราชการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างถูกต้องโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน โดยประเมินในภาพรวมของส่วนราชการใน 5 มิติ คือ มิติด้านการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี มิติด้านการตรวจสอบภายใน และมิติด้านความรับผิดชอบทางละเมิด ซึ่งเป็นการประเมินตามขั้นตอนการบริหารจัดการการเงินการคลัง กล่าวคือ เริ่มต้นจากดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เมื่อจัดซื้อจัดจ้างสำเร็จแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณการลงบัญชี และมีการตรวจทานโดยหน่วยตรวจสอบภายในของส่วนราชการ เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการที่ดำเนินการเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทั้งนี้ หากมีการผิดพลาดหรือเกิดการละเมิดขึ้นก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการละเมิดทางแพ่งซึ่งเป็นมิติด้านสุดท้าย

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่าย+POตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565 x 100
วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565

โดยที่ :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ) | |
|--|--------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|
| | พ.ศ. 2562 | พ.ศ. 2563 | พ.ศ. 2564 | พ.ศ. 2563 | พ.ศ. 2564 |
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายภาพรวม | 99.80 | 95.53 | 90.97 | | |

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|--|------------------|---------|---------|---------|---------|
| | ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2565 | 68 | 72 | 76 | 80 | 84 |

หมายเหตุ

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 84 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย
กรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมหน่วยงานใน
สังกัดกรมการแพทย์ ในระบบ GFMIS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|------------------|--|
| 1 | 68% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 2 | 72% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 3 | 76% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 4 | 80% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 5 | 84% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|--|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายภาพรวม | 5 | 71.06 | 1.77 | 0.0885 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

เพื่อให้กรมการแพทย์สามารถใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดเป็นไปตามเป้าหมายการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

- กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และรายจ่ายลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 13 ในไตรมาสที่ 1
- เร่งรัดติดตามการก่อหนี้ผูกพันและเบิกจ่ายรายจ่ายลงทุน รายการปีเดียว รายการผูกพันเดิม และรายการผูกพันใหม่ ทุกรายการที่ได้รับจัดสรร
- เร่งรัดติดตามการเบิกจ่าย กรณีหน่วยงานที่มี PO กันเหลื่อมปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ให้เบิกจ่ายทันภายในสิ้นเดือนกันยายน 2565 เพื่อป้องกันมิให้เงินพักตกไปเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- มาตรการและแนวทางเร่งรัดติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณ พ.ศ. 2565
- รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMIS

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาด Covid-19 ทำให้การดำเนินการเบิกจ่ายอาจจะไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ และอาจจะส่งผลให้การดำเนินการจัดทำโครงการไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง : ผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMIS ณ วันที่ 18 มกราคม 2565

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

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 (รายจ่ายประจำปีไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำปี) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณด้วย

รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายคืนให้รัฐบาลและผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงานตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงบประมาณกำหนดให้

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่าย+PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2565} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ+โอนเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค.2565}}$$

โดยที่ :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ) | |
|---|--------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------|-----------|
| | พ.ศ. 2562 | พ.ศ. 2563 | พ.ศ. 2564 | พ.ศ. 2563 | พ.ศ. 2564 |
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน | 100 | 100 | 100 | | |

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|---|------------------|---------|---------|---------|---------|
| | ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2565 | 64 | 68 | 72 | 76 | 80 |

หมายเหตุ:

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 80 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามกรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ ให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ในระบบ GFMIS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|------------------|--|
| 1 | 64% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 2 | 68% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 3 | 72% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 4 | 76% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |
| 5 | 80% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMIS |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการ ดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|---------------------|--------------------|----------------|-------------------------|
| ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายงบลงทุน | 2 | 72.32 | 3.08 | 0.0616 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

เพื่อให้กรมการแพทย์สามารถใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดเป็นไปตามเป้าหมายการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และรายจ่ายลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 13 ในไตรมาสที่ 1
2. ให้เร่งรัดการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา โดยจัดแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณโดยผูกพันใหม่ทุกรายการที่ได้รับจัดสรร
3. เร่งรัดติดตามการเบิกจ่าย กรณีหน่วยงานที่มี PO กั้นเหลือมปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ให้เบิกจ่ายทันภายในสิ้นเดือนกันยายน 2565 เพื่อป้องกันมิให้เงินพักตกไปเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

หลักฐานอ้างอิง :

รายงานสถานะการใช้จ่ายงบประมาณ ข้อมูล ณ วันที่ 18 มกราคม 2565

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :
(1) หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา
(2) คณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน
(3) หัวหน้างานซ่อมบำรุงรักษา

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1503, 1312, 2925

คำอธิบาย :

พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมแต่ประเทศไทยมิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญ ที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือการส่งเสริมให้มีการใช้พลังงาน อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินการลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 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 | มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน |
| 2 | มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th |
| 3 | มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน6เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2564-ก.พ. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก |
| 4 | มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วน6เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2564-ก.พ. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก |
| 5 | มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2565-ก.ค. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2564 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2565-ก.ค. 2564) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน:

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ |
|------------|---|--|
| 1 | มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน | - เอกสารการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image) |
| 2 | มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th | - เอกสารการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image) |
| 3 | มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน6เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก | - เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image) |

| | | |
|---|--|--|
| 4 | <p>มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วน6เดือนในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก</p> | <p>- เอกสารการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2564 – ก.พ. 2565) (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image)</p> |
| 5 | <p>มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สทพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2565-ก.ค. 2565) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี</p> | <p>- เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image)</p> |
| | <p>มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตรประจำปีงบประมาณ 2564 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2565-ก.ค. 2564) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี</p> | <p>- เอกสารการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า และ ข้อมูลปริมาณพลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วนในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2565 – ก.ค. 2565) (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image)</p> |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | หมายเหตุ |
|---|-----------------|--------------------------------|------|------|----------|
| | | 2562 | 2563 | 2564 | |
| ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน | ระดับความสำเร็จ | 5 | 5 | 5 | |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|--|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงาน | 3 | 4 | 4 | 0.1200 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ <http://www.ereport.energy.go.th> อย่างชัดเจน
2. มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565 <http://www.ereport.energy.go.th>
3. มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2565 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 4 เดือน ในเว็บ <http://www.e-report.energy.go.th> (เดือน ก.ย. 2564 – ม.ค. 2565)
4. มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2565 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ <http://www.e-report.energy.go.th> (เดือน ก.ย. 2564 – ม.ค.2565)

หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงาน
2. เอกสารการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2565
3. เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2565
4. เอกสารการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2565

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1524

คำอธิบาย :

การบริหารยุทธศาสตร์ คือ การบริหารจัดการองค์กรที่ช่วยให้ตระหนักถึงความสามารถขององค์กร ทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ความต้องการของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบการทำงานและผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นการออกแบบกระบวนการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานให้มีความคล่องตัว มีความไวในการสนองตอบต่อสถานะการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ชัดเจนและทันทั่วถึง

กรมการแพทย์ ดำเนินการสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ภายใต้แผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ พ.ศ.2563 – 2565 โดยมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทุกแห่งแปลงแผนสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและนำองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาองค์กรกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถประเมินความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนวิธีการ และจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงสามารถประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ และวางแผนการบริหารงานอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

คำนิยาม :

แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน หมายถึง แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (Action plan) จากแหล่งเงินงบประมาณและเงินบำรุงของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ปรากฏในระบบ PBMS

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ หมายถึง การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งประกอบด้วยโครงการ/กิจกรรม/เป้าหมาย/ระยะเวลา และควบคุมกำกับเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ

แบบสำรวจการรับรู้นโยบาย/แผนปฏิบัติราชการ/ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ หมายถึง แบบสำรวจการรับรู้ นโยบาย/แผนปฏิบัติราชการ/ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานออกแบบและจัดทำเป็นแบบสำรวจออนไลน์ผ่าน Google form ซึ่งจะมีการแจ้งรายละเอียดให้หน่วยงานทราบอีกครั้งหลังงานสัมมนาและทิศทางการดำเนินงาน กรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

จำนวนบุคลากรภายในหน่วยงาน หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงาน ณ วันที่ 1 ก.พ. 2565 ซึ่งกองยุทธศาสตร์และแผนงานจะอ้างอิงข้อมูลจำนวนบุคลากรทั้งหมดของแต่ละหน่วยงานจากกองบริหารทรัพยากรบุคคลกรมการแพทย์

รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ หมายถึง สถานการณ์การรายงานความก้าวหน้าของโครงการ/กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในระบบ PBMS

ผลงานเด่น หมายถึง ผลลัพธ์ของงานสำคัญที่หน่วยงานสามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นรูปธรรม ส่งผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับแนวทางตามเป้าหมาย กลยุทธ์ และยุทธศาสตร์ที่หน่วยงานได้กำหนดไว้

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | การทบทวนแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า และนำเสนอคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน |
| 2 | การสื่อสารทิศทาง / นโยบายสำคัญของกรมการแพทย์ การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 |
| 3 | การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2564 – ม.ค. 2565) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด |
| 4 | การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2565) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด |
| 5 | การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 |

แนวทางการประเมินผล :

- พิจารณาจากความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของกระบวนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับคะแนนตามเอกสาร/หลักฐาน ที่แสดงในโปรแกรม PBMS เว็บไซต์หน่วยงาน และเอกสารแนบในระบบรายงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) ประกอบการประเมินผล
- หน่วยงานสามารถปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณได้ โดยให้จัดส่งรายละเอียดที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหน่วยงานมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในไตรมาสที่ 2 (ต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2565) โดยการขอปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงแผนปฏิบัติการ ต้องเป็นผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่ใช่ความบกพร่องของหน่วยงาน และไม่ใชเหตุการ์ณอันเกิดขึ้นได้โดยปกติ ทั้งนี้ต้องส่งผลกระทบจนไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการที่ระบุไว้
- กรณีที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการ ขอให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นประกอบการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :
ระดับคะแนนที่ 1

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|---|--|---|---|
| รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2565) | | | |
| 1 | การทบทวนแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 -2565 เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า และนำเสนอคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน | | |
| | เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 | 0.6 | แนบไฟล์เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ฯ ในระบบ E-PA |
| | รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงานที่ปรากฏวาระของการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 | 0.2 | แนบไฟล์รายงานการประชุมฯ ในระบบ E-PA |
| | การวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อย่างมีประสิทธิภาพ | 0.2 | รายละเอียดของแผนค่าของงบประมาณ รายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และจัดส่งทันเวลาที่กำหนดตามปฏิทินการจัดทำคำขอ งบประมาณ |
| รวมคะแนน | | 1.0 | |
| ระดับคะแนนที่ 2 | | | |
| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
| 2 | การสื่อสารทิศทาง/นโยบายสำคัญของกรมการแพทย์ การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 | | |
| | ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.6 คะแนน | | |
| | 1.1 แสดงให้เห็นถึงกระบวนการ/กิจกรรมการสื่อสารนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ไปปฏิบัติระดับหน่วยงาน – กลุ่มงาน – บุคคล | 0.3 | - แนบภาพการสื่อสารทิศทาง/นโยบายฯ ในระบบ E-PA - บุคลากรในหน่วยงานตอบแบบสำรวจการรับรู้นโยบาย/ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนบุคลากรภายในหน่วยงาน) |
| 1.2 ความเชื่อมโยงระหว่างทิศทาง/นโยบายสำคัญของกรมการแพทย์ กับยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน | 0.2 | แนบไฟล์เอกสารการวิเคราะห์เชื่อมโยงฯ ในระบบ E-PA | |

| | | |
|---|-------------------|--|
| <p>1.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านการพิจารณาและ อนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน</p> | <p>0.1</p> | <p>แนบหนังสืออนุมัติ/เอกสารหลักฐานที่แสดงว่า แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน ได้ผ่านการ พิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการ บริหารของหน่วยงาน ในระบบ E-PA</p> |
| <p>ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 0.4 คะแนน (กรณีหน่วยงานที่มีโครงการเงินงบประมาณจะคิดสัดส่วนคะแนนจาก โครงการเงินงบประมาณเป็นหลัก)</p> | | |
| <p>2.1 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงินงบประมาณ ในระบบ PBMS การคิดคะแนน</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $\frac{A}{B} \times 100$ </div> <p>A = จำนวนโครงการเงินงบประมาณที่บันทึก ข้อมูลแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการทั้งหมดที่ได้รับจัดสรร งบประมาณในไตรมาส 1-2</p> <p>* หมายเหตุยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือน โครงการวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการ ศึกษาวิจัย</p> | <p>0.4</p> | <p>หน่วยงานที่มีโครงการเงินงบประมาณ บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยกำหนดให้มีโครงการที่ดำเนินการแล้วเสร็จ ภายใน*</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนมีนาคม 2565 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 - เดือนกรกฎาคม 2565 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| <p>2.2 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงินบำรุง ในระบบ PBMS การคิดคะแนน</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $\frac{A}{B} \times 100$ </div> <p>A = จำนวนโครงการเงินบำรุงที่บันทึกข้อมูล แผนปฏิบัติการในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการเงินบำรุงทั้งหมด ที่สอดคล้องและตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์</p> | <p>0.4</p> | <p>เฉพาะหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณ บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด <u>ร้อยละ 100</u> ของโครงการเงินบำรุงที่ หน่วยงานและกองยุทธศาสตร์และแผนงาน พิจารณาร่วมกันแล้วเห็นว่าเป็นโครงการที่ สอดคล้องและตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ (ตามแผนเงินบำรุงของ หน่วยงานที่ได้รับอนุมัติ)</p> |
| <p></p> | <p>0.2</p> | <p>บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและข้อมูล ครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด <u>ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80</u></p> |
| <p></p> | <p>0.1</p> | <p>กรณีหน่วยงานไม่มีบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติ การทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง ใน ระบบ PBMS</p> |
| <p>รวมคะแนน (ส่วนที่ 1 + 2)</p> | <p>1.0</p> | <p></p> |

ระดับคะแนนที่ 3

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|----------|---|
| 3 | <p>การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2564 – ม.ค. 2565) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>การคิดคะแนน (1) $\frac{A}{B} \times 100$</p> <p>A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ต.ค. 2564 –ม.ค. 2565</p> <p>การคิดคะแนน (2) $\frac{C}{D} \times 100$</p> <p>C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด</p> | 1.0 | บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) และดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (2) |
| | | 0.5 | บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) หรือ ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว น้อยกว่าร้อยละ 40 (2) |
| | | 0.1 | กรณีหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณและเงินบำรุง |
| | | รวมคะแนน | 1.0 |

ระดับคะแนนที่ 4

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|---|---|------------|---|
| รอบที่ 2: 6เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2565) | | | |
| 4 | <p>การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2565)ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณ และเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>การคิดคะแนน (1) $\frac{A}{B} \times 100$</p> <p>A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS</p> | 1.0 | บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) และ ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (2)</u> |
| | | 0.5 | บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80 (1) หรือ ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว น้อยกว่าร้อยละ 80 (2)</u> |
| | | 0.1 | กรณีหน่วยงานที่ <u>ไม่มีโครงการเงินงบประมาณ และเงินบำรุง</u> |
| | <p>B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ก.พ. – ก.ค. 2565</p> <p>การคิดคะแนน (2) $\frac{C}{D} \times 100$</p> <p>C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้ว ในระบบ PBMS</p> <p>D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด</p> | | |
| | รวมคะแนน | 1.0 | |

ระดับคะแนนที่ 5

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|-------|---|
| 5 | การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่น ในแต่ละยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 | 1.0 | - ผลงานเด่น <u>ครบตาม</u> แต่ละยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ละ 1 เรื่อง เป็นอย่างน้อย) |
| | | 0.5 | - ผลงานเด่น <u>ไม่ครบตาม</u> แต่ละยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ละ 1 เรื่อง เป็นอย่างน้อย) |

| | | | |
|--|----------|-----|--|
| | | 0.1 | - ไม่มีการรายงานผลงานเด่น |
| | | | <p>หมายเหตุ</p> <p>1.1 ชื่อประเด็น (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน)</p> <p>1.2 ชื่อผลงาน</p> <p>1.3 หลักการและเหตุผล</p> <p>1.4 กระบวนการทำงาน (ขั้นตอน กิจกรรม วิธีการ)</p> <p>1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อหน่วยงาน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศชาติ ประชาชน)</p> <p>1.6 รูปภาพที่เป็นไฟล์ .jpeg อย่างน้อย 2 - 4 รูป</p> <p>1.7 เพื่อให้การนำเสนอผลงานมีความชัดเจน ควรนำเสนอผลงานโดยนำหลักการคิดเชิงระบบและการวิเคราะห์ 5W1H (Who, What, When, Where, Why, How) ใช้ประกอบการนำเสนอ</p> <p>โดยจัดส่งหลักฐานทาง E-mail:eva634752@gmail.com</p> |
| | รวมคะแนน | 1.0 | |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| ระดับความสำเร็จของการบริหาร ยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) | 6 | 2.5 | 2.5 | 0.1500 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการทบทวนแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2565 เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า
2. มีการจัดทำทบทวนแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ 2564 โดยนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารหน่วยงานเพื่อพิจารณาการปรับแผนเงินบำรุงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. มีการดำเนินการแจ้งเวียนหนังสือการจัดทำแผนค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2566 ให้ทุกกลุ่มงานทราบดำเนินการตามกำหนดระยะเวลา
4. มีการนำข้อมูลที่กลุ่มงานจัดส่งมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ตามแบบฟอร์มของกรมการแพทย์
5. จัดส่งแผนค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด
6. มีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ รวมไปถึงมีการลงนามในบันทึกข้อตกลงระหว่างผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และรองผู้อำนวยการทั้ง 4 ภารกิจ
7. มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคลากรตอบแบบสำรวจการรับรู้นโยบาย/ยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ เป็นประจำทุกวัน
8. มีการจัดทำโครงการที่มีการเชื่อมโยงระหว่างทิศทาง/นโยบายของกรมการแพทย์ กับยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
9. มีการดำเนินการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการในแผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ 2565
10. ดำเนินการจัดส่งแผนปฏิบัติการให้คณะกรรมการบริหารของสถาบันเห็นชอบอนุมัติ
11. ดำเนินการบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการโครงการ และรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบ PBMS (งบประมาณ/เงินบำรุง) ถูกต้องครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นงบประมาณ จำนวน 9 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100, งบเงินบำรุง จำนวน 56 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 100

หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน
2. หนังสือขออนุมัติปรับแผนเงินบำรุง 2564 (ผ่านคณะกรรมการบริหาร)
3. หนังสือขออนุมัติปรับแผนเงินบำรุง 2564 (ขอผ่านกองยุทธศาสตร์)
4. ค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2566
5. เอกสารประชาสัมพันธ์การประชุมรับนโยบายกรมการแพทย์
6. เอกสารประชาสัมพันธ์การประชุมรับฟังคำชี้แจงคำรับรอง 2565
7. ข่าวประชาสัมพันธ์การประชุมผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2565
8. เอกสารประชาสัมพันธ์ตอบแบบสำรวจการรับรู้ทิศทางกรมการแพทย์
9. เอกสารการวิเคราะห์เชื่อมโยง ฯ
10. ค่าขอแผนเงินบำรุง 2565
11. เอกสารการบันทึกข้อมูลในระบบ PBMS

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)



รอบ 6 เดือน



รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)

4.2.1 ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) นำผลการประเมินเป็น Input ในการกำหนดแผนงานโครงการในแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) มิติที่ 5 คุณภาพชีวิต และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานมีเป้าประสงค์ คือ สร้างองค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี

ขั้นที่ 1 ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)

ขั้นที่ 2 นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมาเป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้านคือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2564

ขั้นที่ 3 สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ โดยหน่วยงานรายงาน ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน ตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) และรายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด

บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) |
| 2 | นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2564 |
| 3 | สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายใน หน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม |
| 4 | ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด |
| 5 | หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้านตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงาน ต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด |

หมายเหตุ : ระยะเวลาที่กำหนดตามข้อ 4 และ 5 จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

แนวทางการประเมินผล :

- ชี้แจงหน่วยงานให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 4.2.1 การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ผ่านการประชุมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคล
- ให้ทุกหน่วยงานดำเนินการตามแผน และรายงานผลการดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด
- ให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการดำเนินการตามแบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ในระดับความสำเร็จที่ 3, 4 และ 5
- ให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 4.2.1 การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน ผ่านระบบ E-PA พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการดำเนินการตามตัวชี้วัด และส่งเอกสารแก้ไขเพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|---|
| 1 | ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการก่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการก่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) |
| 2 | นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2564 | แผนงาน / โครงการรองรับ ในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money |
| 3 | สื่อสารแผนงาน / โครงการ การก่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม | แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การก่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3 |
| 4 | ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด | แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การก่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 4 |
| 5 | หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้านตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด | 1. แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การก่อสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 2. แผนงาน / โครงการโดดเด่นที่ได้รับ การอนุมัติ และดำเนินการแล้วเสร็จ |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|---|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) | 2 | 3 | 3 | 0.0600 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรสร้างสุข
2. มีการนำผลการสำรวจจากการทำแบบวัดประเมินความสุขของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์จากผลสำรวจในปี 2562 แล้วนำผลวิเคราะห์ที่ได้มาจัดทำแผนงาน / โครงการ มากำหนดแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) มิติที่ 5 คุณภาพและชีวิตการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานเพื่อการสร้างองค์กรแห่งความสุข เพื่อให้เป็นตามนโยบายของกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงนำผลการวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (happy public Organization Index) มาวิเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น 9 มิติ คือ มิติสุขภาพกายดี (Happy body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติน้ำใจดี (Happy heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (happy family) มิติสังคมดี (happy Society) มิติใฝ่เรียนดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy money) มิติการทำงานดี (happy worklife)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

กรมการแพทย์มีผลการสำรวจองค์กรสร้างสุข ในภาพรวมทั้งของกรมแพทย์ กรณีถ้าพบปัญหาด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด กรมแพทย์ควรทำเป็นนโยบายให้สามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น ด้าน happy money หรือนโยบายการออมเงินต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการออมเงิน หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดเป็นรูปธรรม ทั้งกรมการแพทย์

หลักฐานอ้างอิง :

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2. หนังสือ 0315.015/552 วันที่ 3 ธันวาคม 2564 เรื่อง ขออนุมัติโครงการและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ 2564
3. โครงการองค์กรสร้างสุข ประจำปีประมาณ พ.ศ. 2565
4. หนังสือที่ สธ 0315.015/559 วันที่ 7 ธันวาคม 2564 เรื่อง ขออนุมัติจัดกิจกรรมองค์กรสร้างสุข ประจำปี 2565

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.2 บันทึกรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หมายถึง การดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่หน่วยงานออกคำสั่ง เพื่อให้ระบบข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหวทุก 2 เดือน

คำนิยาม :

ความเคลื่อนไหว หมายถึง การจ้าง การลาออก การย้าย การเลื่อนค่าจ้างประจำปี คำสั่งแก้ไขความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขภายในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 2 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 3 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 4 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 5 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |

แนวทางการประเมินผล :

ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกรายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้กองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน จึงให้หน่วยงานส่งสำเนาคำสั่ง ฯ ผ่านระบบ Google form ตามแนวทางการประเมินผล ดังนี้

| รอบการประเมินที่ 1 | รอบการประเมินที่ 2 |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| ครั้งที่ 1 ภายในเดือนตุลาคม 2564 | ครั้งที่ 4 ภายในเดือนเมษายน 2565 |
| ครั้งที่ 2 ภายในเดือนธันวาคม 2564 | ครั้งที่ 5 ภายในเดือนมิถุนายน 2565 |
| ครั้งที่ 3 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 | ครั้งที่ 6 ภายในเดือนสิงหาคม 2565 |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน:

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|--|
| 1 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออก คำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | 1. สำเนาคำสั่ง ฯ ที่ส่งผ่านระบบ Google form 2. วันที่ลงข้อมูลในระบบ HROPS |
| 2 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |
| 3 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |
| 4 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |
| 5 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |

หมายเหตุ :

ระดับคะแนน หมายถึง ระดับคะแนน 1 (X1) หรือ 2 (X2) หรือ 3 (X3) หรือ 4 (X4) หรือ 5 (X5)

จำนวนข้อมูลที่บันทึกความเคลื่อนไหวในระบบ HROPS ภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5) หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ถูกต้องครบถ้วน

$$\begin{aligned} & \text{วิธีการคิดคะแนน } ((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5)) \\ & \text{จำนวนข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ทั้งหมด} \\ & \text{ตัวอย่าง } \frac{(1 \times 3)}{10} + \frac{(2 \times 0)}{10} + \frac{(3 \times 4)}{10} + \frac{(4 \times 0)}{10} + \frac{(5 \times 3)}{10} = \frac{3}{10} + \frac{0}{10} + \frac{12}{10} + \frac{0}{10} + \frac{15}{10} = \frac{30}{10} = 3 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

มีการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขนับตั้งแต่วันที่คำสั่งจ้างหรือลาออก ไม่เกิน 3 วันทำการ เว้นแต่ในกรณีไม่สามารถเข้าโปรแกรมได้

หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารนำส่งกรมการแพทย์
2. เอกสารบันทึกข้อมูลการลาออก
3. เอกสารบันทึกข้อมูลการจ้าง
4. บัญชีรายละเอียดการเพิ่มค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)



รอบ 6 เดือน



รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกราช ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์ ใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS): Department Personnel Information System เป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารจัดการข้อมูลข้าราชการ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ทั้งนี้ จะดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลให้หน่วยงานใช้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันและเพื่อความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลจึงกำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกราช หากพบข้อมูลบุคลากรไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ให้แจ้งมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันข้อมูลบุคลากรที่หน่วยงานต้องตรวจสอบและแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องส่งให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไป (ชื่อ - สกุล/วัน เดือน ปี เกิด/เลขบัตรประจำตัวประชาชน/สถานภาพ/ครอบครัว/วันบรรจุเข้ารับราชการ/พันทดลอง/ประวัติการเลื่อนระดับ/เลื่อนเงินเดือน/ฯลฯ)
- 2) วุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร/ใบประกอบวิชาชีพ (กรณีที่ได้รับวุฒิมหาวิทยาลัย/วุฒิปัตรเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)
- 3) ประวัติการศึกษา/อบรมหลักสูตรต่าง ๆ (แนบเอกสารหลักฐานการผ่านหลักสูตรศึกษา/อบรมดังกล่าวด้วย) ทั้งนี้ หากมีการแก้ไข เพิ่มเติม ส่งเอกสารหลักฐานให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการปรับปรุงข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 7 วันทำการ |
| 2 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 6 วันทำการ |
| 3 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 5 วันทำการ |
| 4 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 4 วันทำการ |
| 5 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 3 วันทำการ |

แนวทางการประเมินผล :

ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลข้าราชการในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ในส่วนของข้อมูลวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญาเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรมให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ทุกสาย โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลตามแนวทางการประเมินผลดังนี้

1. กรณีมีวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญาเพิ่มเติม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วันหลังจากได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญาเพิ่มเติม
2. กรณีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจากดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การศึกษา/การอบรมเรียบร้อยแล้ว

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|---|
| 1 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 7 วันทำการ | - สำเนาใบประเมินผลการเรียน (ทรานสคริป) - สำเนาใบรับรองวุฒิ/สำเนาใบปริญญาบัตร |
| 2 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กอง | - สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบ |

| | | |
|---|---|--|
| | บริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล ระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 6 วันทำการ | วิชาชีพ - สำเนาใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ/สำเนาใบประกอบ โรคศิลปะ/สำเนาใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพสายงาน พยาบาลที่ต่ออายุ |
| 3 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบ ประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กอง บริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล ระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 5 วันทำการ | |
| 4 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบ ประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กอง บริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล ระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 4 วันทำการ | |
| 5 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญา/ใบ ประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กอง บริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล ระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 3 วันทำการ | |

หมายเหตุ :

ระดับคะแนน หมายถึง ระดับคะแนน 1 (X1) หรือ 2 (X2) หรือ 3 (X3) หรือ 4 (X4) หรือ 5 (X5)

จำนวนข้อมูลที่ปรับปรุงสำเร็จภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5) หมายถึง ข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไข
ภายในระยะเวลาแต่ละระดับ

วิธีการคิดคะแนน $((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5))$

จำนวนข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขทั้งหมด

$$\frac{\text{ตัวอย่าง}(1 \times 3) + (2 \times 0) + (3 \times 4) + (4 \times 0) + (5 \times 3)}{10} = \frac{3 + 0 + 12 + 0 + 15}{10} = \frac{30}{10} = 3 \text{ คะแนน}$$

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|--|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | 2 | 5 | 5 | 0.1000 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการส่งข้อมูลการเพิ่มวุฒิในก.พ.7 การเพิ่มเงินเดือนตามวุฒิ การส่งใบประกอบวิชาชีพ ไปที่กรมการแพทย์ ภายใน 4 วันทำการ นับจากการได้รับหนังสือจากหน่วยงานภายใน

หลักฐานอ้างอิง :

1. สำเนาหนังสือนำส่งกรมการแพทย์
2. สำเนาใบประกาศนียบัตร
3. หลักฐานการส่งใบประกอบวิชาชีพทาง Email

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 6 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.3 Digital Reform (Digital Transformation)

| | |
|--|--|
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : (1) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ (2) รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ (3) รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ (4) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล | ผู้จัดเก็บข้อมูล : (1) หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ (2) ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสารสนเทศการแพทย์ |
| โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520, 1513, 2600 | โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2413, 2417 |

คำอธิบาย :

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation

Smart IT Infrastructure หน่วยงานมีแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการและการให้บริการงานเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีดิจิทัล วิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน

ชุดข้อมูลเปิด หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยงานต้องเปิดเผยต่อสาธารณะตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการ ในรูปแบบข้อมูลดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงและใช้ได้อย่างเสรีไม่จำกัดแพลตฟอร์ม ไม่เสียค่าใช้จ่าย เผยแพร่ ทำซ้ำ หรือใช้ประโยชน์ได้โดยไม่จำกัดวัตถุประสงค์

EMRAM คือ เครื่องมือในการวัดระดับความพร้อม EMR (8 Stages) เพื่อการพัฒนาสู่สถานพยาบาลดิจิทัลเต็มรูปแบบ โดย

| Stage | คำนิยาม |
|-------|---|
| 7 | <p>Complete EMR, Data analytics to improve care</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 |
| 6 | <p>Physician documentation (templates) , Full CDSS, Closed loop medication administration</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ให้แพ็คเกจยา, พยาบาลจะให้ยาคนไข้โดยสแกน barcode , ฯลฯ อาจใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ ได้ เช่น RFID |

| | |
|---|---|
| | – เป้าหมายก็คือ “five rights” ของการให้ยา คือ right patient, right time, right drug, right dose, และ right route |
| 5 | Full R-PACS ระบบ PACS ที่เก็บข้อมูลได้จากอุปกรณ์ตรวจหลายชนิด support ไฟล์ DICOM และแพทย์จากหน่วยอื่นก็สามารถเข้าดูได้ผ่านระบบเครือข่าย |
| 4 | CPOE ; Clinical decision support (clinical protocols) แพทย์สามารถใช้ระบบ CPOE สั่งการรักษา สั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถทำ CDS Level 2 คือมีการใช้ Evidence-based medicine protocols เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบ |
| 3 | Clinical documentation, CDSS (error checking) – มีระบบบันทึกให้ยากับคนไข้มีหน่วยผู้ป่วยอย่างน้อย 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 |
| 2 | CDR, Controlled medical vocabulary, CDS, HIE capable มี CDR ระบบฐานข้อมูลตาม Stage 1 ซึ่งสามารถส่งข้อมูลมาบันทึกในฐานข้อมูลนี้ได้ แพทย์สามารถเข้ามาดูข้อมูลเหล่านี้ รวมถึงสามารถบันทึกข้อมูลที่เกิดจากการเขียนลงกระดาษแล้วสแกนได้ |
| 1 | All three ancillaries installed – Lab, Rad, Pharmacy มีระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 3 อย่าง ได้แก่ ระบบห้องแล็บ ระบบห้องยา และระบบทางรังสีวิทยา |
| 0 | All three ancillaries not installed ไม่มีระบบหลัก 3 ระบบคือ ระบบห้องแล็บ, ระบบห้องยา, และระบบทางรังสีวิทยา |

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ประเด็น | รายละเอียด | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|---------|--|--|
| 1 | 1.1 มีแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์ 1.2 มีฐานข้อมูลจัดเก็บรายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน | 1.1 แผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์ 1.2 ไฟล์รายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ |
| 2 | จัดทำชุดข้อมูลเปิด (Open data) ตาม COE ของหน่วยงาน อย่างน้อย 1 ชุด | ชุดข้อมูลเปิด (Open data) ตาม COE ของหน่วยงาน |
| 3 | 3.1 การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์ 3.2 การดำเนินงานพัฒนา Data Center และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน | 3.1 แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัย 3.2 รายงานตรวจประเมินการดำเนินงาน Data Center และระบบเครือข่าย |
| 4 | EMRAM ผ่านระดับ 5 | แบบประเมิน EMRAM |
| 5 | ดำเนินการส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายัง DMS Big Data แบบ Real Time | ตรวจสอบจากระบบส่งข้อมูล 43 แฟ้ม |

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

| ประเด็น | คะแนนตามประเด็น | | | | |
|---------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | ประเด็น 1 | ประเด็น 2 | ประเด็น 3 | ประเด็น 4 | ประเด็น 5 |
| คะแนน | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- มีแผนการลงทุนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบคอมพิวเตอร์
- ดำเนินการจัดเก็บรายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน
- ดำเนินการจัดทำชุดข้อมูลเปิด (Open data) ตาม COE ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์
- ดำเนินการพัฒนา Data Center และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ดำเนินการ EMRAM
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติสามารถส่งข้อมูล 43 แฟ้ม มายัง DMS big data แบบ real time
- มีระบบนัดตามเวลา มีหน้าจอกิวแสดงตามคลินิกต่าง ๆ
- มี line official และ mobile application ในการติดต่อ และส่งคืนข้อมูลต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ทักษะ และความรู้ของเจ้าหน้าที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

งบประมาณไม่เพียงพอ, การพัฒนาโครงการไม่สัมพันธ์กับแผนงบประมาณ, การ centralized จากส่วนกลาง

หลักฐานอ้างอิง :

1. ค่าของบลงทุนแผนเงินบำรุง 2565
2. แผนเงินบำรุง 2565 (งบลงทุน) ที่ได้รับอนุมัติ
3. ไฟล์รายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
4. ชุดข้อมูลเปิด (Open data)
5. การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคง ฯ
6. การดำเนินงานพัฒนาระบบ ฯ
7. EMRAM 2022
8. ระบบการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม