



รายงานผลการดำเนินงาน
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
รอบ 12 เดือน



กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
ภารกิจด้านอำนวยการ



ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รอบ 12 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 | 5 | 5 | 1.0000 |
| องค์ประกอบที่ 1 | การกำหนดทิศทางการวิจัยที่ประสบความสำเร็จ | ร้อยละ | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.7500 | 5 | 5 | 1.2500 |
| องค์ประกอบที่ 2 | ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ | ร้อยละ | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1.2500 | 5 | 5 | 1.2500 |
| องค์ประกอบที่ 3 | การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ | ร้อยละ | 25 | 1 | - | 3 | - | 5 | 5 | 5 | 1.2500 | 5 | 5 | 1.2500 |
| องค์ประกอบที่ 4 | ข้อเสนอโครงการวิจัยที่เสนอของงบประมาณผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.5000 | 5 | 5 | 0.5000 |
| องค์ประกอบที่ 5 | การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ | ร้อยละ | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.7500 | 5 | 5 | 0.7500 |
| 1.2 | ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ | ร้อยละ | 20 | 0.01-1.00 | 1.01-2.00 | 2.01-3.00 | 3.01-4.00 | 4.01-5.00 | 4.8 | 5 | 1.0000 | 4.8 | 5 | 1.0000 |
| องค์ประกอบที่ 1 | การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 0.3000 | 3 | 3 | 0.3000 |
| องค์ประกอบที่ 2 | การรับส่งต่อ (Referral) | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.5000 | 5 | 5 | 0.5000 |
| องค์ประกอบที่ 3 | การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Research and Technology Assessment) | ร้อยละ | 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1.0000 | 5 | 5 | 1.0000 |
| องค์ประกอบที่ 4 | การพัฒนาบุคลากร (Training) | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.5000 | 5 | 5 | 0.5000 |
| องค์ประกอบที่ 5 | การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (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 | 0.01-1.00 | 1.01-1.50 | 1.51-2.00 | 2.01-2.50 | 2.51-5.00 | 5 | 5 | 0.5000 | 5 | 5 | 0.5000 |
| องค์ประกอบที่ 1 | การประดิษฐ์คิดค้น (Invention) | ร้อยละ | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1.5000 | 5 | 5 | 1.5000 |
| องค์ประกอบที่ 2 | พัฒนาการ (Development) | ร้อยละ | 50 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2.5000 | 5 | 5 | 2.5000 |

| ตัวชี้วัดผล | | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง | | | ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ | | |
|----------------------|---|----------|---------|------------------|---|---|---|---|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------|-------------|------------------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก |
| องค์ประกอบที่ 3 | การนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป | ร้อยละ | 20 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 1.0000 | 5 | 5 | 1.0000 |
| 1.4 | ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ | ร้อยละ | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.5000 | 5 | 5 | 0.5000 |
| มิติที่ 2 ด้านคุณภาพ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน | ร้อยละ | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.1500 | 5 | 5 | 0.1500 |
| 2.2 | ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ | ร้อยละ | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.1000 | 5 | 5 | 0.1000 |
| 2.3 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) | ร้อยละ | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.2500 | 5 | 5 | 0.2500 |

| ตัวชี้วัดผล | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง | | | ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ | | | |
|-------------------------------|---|---------|------------------|----|----|----|----|-------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------|-------------|------------------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | ผลการดำเนินงาน | คะแนนที่ได้ | คะแนนถ่วงน้ำหนัก | |
| มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม | ร้อยละ | 5 | 76 | 78 | 80 | 82 | 84 | 86.72 | 5 | 0.2500 | 90.97 | 5 | 0.2500 |
| 3.2 | ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน | ร้อยละ | 2 | 64 | 68 | 72 | 76 | 80 | 100 | 5 | 0.1000 | 100 | 5 | 0.1000 |
| 3.3 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน | ร้อยละ | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.1500 | 5 | 5 | 0.1500 |
| มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน) | ร้อยละ | 6 | 1 | 2 | 3 | - | 5 | 5 | 5 | 0.3000 | 5 | 5 | 0.3000 |
| 4.2 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard) | ร้อยละ | 6 | | | | | | | | 0.0000 | | | |
| 4.2.1 | ระดับความสำเร็จของการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) | ร้อยละ | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.1000 | 5 | 5 | 0.1000 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 0.4000 | 5 | 5 | 0.4000 |
| รวมค่าถ่วงน้ำหนัก | | | | | | | | | | | 5.0000 | | | 5.0000 |

รายงาน ณ วันที่ 28 สิงหาคม 2564

ผู้รายงาน นางสาวขวัญฤทัย ศุภการ หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

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

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

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

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด
และสนับสนุนวิชาการ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414

คำอธิบาย :

พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยี เพื่อพัฒนาการแพทย์ที่สมคุณค่าของประเทศ ดังนั้นการพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์จึงจะสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ ประกอบกับรัฐบาลได้มีการกำหนดนโยบาย Thailand 4.0 และกรมการแพทย์ได้จัดทำและปรับแผนยุทธศาสตร์วิชาการกรมการแพทย์ พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มียุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence/National Institutes) การพัฒนาสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มศักยภาพด้านบริการและวิชาการให้ได้นั้น มีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาที่สำคัญ คือ หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้าง การจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจนวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือ การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพสามารถเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

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. ข้อเสนอโครงการวิจัยที่เสนอของงบประมาณผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) | (น้ำหนัก : ร้อยละ 10) |
| 5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ | (น้ำหนัก : ร้อยละ 15) |

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน |

| | |
|---|--|
| 2 | จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ |
| 3 | ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ |
| 4 | วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน |
| 5 | วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|--|
| 1 | คณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน | - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร/คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน - รายงานการประชุม ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน |
| 2 | จัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ | - แผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - โครงการงานวิชาการตามค่านิยมและอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนงานวิชาการของหน่วยงาน ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 |
| 3 | ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ | - แผนปฏิบัติการรายโครงการในแผนยุทธศาสตร์/แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 |
| 4 | วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน | - รายงานการวิเคราะห์การดำเนินงานผลงานวิชาการมีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน/COE |
| 5 | วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 | - รายงานวิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี (2562 – 2564) และข้อเสนอแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มีคณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบายทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน

2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565
 3. ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ
 4. มีการวิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางงานวิจัย
 5. มีการวิเคราะห์ผลงานวิชาการเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการและทิศทางงานวิจัยที่จะดำเนินการต่อปี 2565
- ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

องค์ประกอบที่ 2 – ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|--|
| 1 | มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ | - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยหรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ - มีแผนงานสนับสนุนงานวิชาการของหน่วยงาน |
| 2 | กลุ่มงาน/ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน งานวิชาการของบุคลากรในสังกัด (ให้สามารถดำเนินโครงการตามแผนจนเสร็จ) | - มีกลุ่มงานสนับสนุนงานวิชาการ/กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของหน่วยงาน |
| 3 | จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) และงานวิชาการอื่นๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน | - มีเอกสารรายงานการแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) ที่ชัดเจน โดยบรรจุอยู่ในรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล |
| 4 | มีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานวิชาการของหน่วยงาน | - มีการนิเทศ ติดตาม หรือจัดประชุมเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินการโครงการ |

| | | |
|---|--|---|
| | เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ และเป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ | ของหน่วยงาน |
| 5 | มีรายงานผลการดำเนินงานของ กลุ่มงาน/ ฝ่าย ที่ดูแลงานวิชาการ เพื่อรายงานการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงาน เป็นรอบๆ และประจำปี | - รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการโครงการ วิชาการทุก 3 เดือน/ประจำปี และมีการ นำเสนอคณะกรรมการบริหารรับทราบ |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล
3. มีการติดตามการดำเนินโครงการของหน่วยงาน
4. มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ
5. มีการจัดทำรายงานประจำปี 2563 ของกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด และสนับสนุนวิชาการ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม |
| 2 | - |
| 3 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอ ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนา และ ประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ |
| 4 | - |
| 5 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ) |

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนืองที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

คำอธิบายแนวทางการประเมิน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|--|
| 1 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม | - มีรายงานการนำผลงานวิชาการของ หน่วยงานไปใช้ประโยชน์ในระดับ หน่วยงาน |
| 2 | - | - |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานนำเสนอผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ | รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ/เชิงนโยบาย/เชิงสาธารณะ/เชิงพาณิชย์ |
| 4 | - | - |
| 5 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (อย่างน้อย 1 โครงการ) | รายงานการนำเสนอผลงานวิชาการที่ไปประกาศใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ/เชิงนโยบาย/เชิงสาธารณะ/เชิงพาณิชย์ |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานเพื่อนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ
2. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่เป็นการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

องค์ประกอบที่ 4 ข้อเสนอโครงการวิจัยที่เสนอของงบประมาณผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) (น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | มีโครงการวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2563 นับโครงการต่อเนื่องได้) |
| 2 | มีโครงการวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2564 นับโครงการต่อเนื่องได้) |
| 3 | มีโครงการวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2565 นับโครงการต่อเนื่องได้) |
| 4 | โครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปี 2564 และ/หรือได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์หรือจากแหล่งทุนอื่น |
| 5 | โครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปี 2564 และได้รับงบประมาณสนับสนุน สามารถดำเนินงานได้ตามแผนงานและมีการรายงานผลการดำเนินการตามกำหนด |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|---|
| 1 | มีโครงการวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2563 นับโครงการต่อเนื่องได้) | - สำเนาหนังสือเสนอของงบประมาณปี 2563 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 |

| | | |
|---|---|--|
| | | โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้) |
| 2 | มีโครงการวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2564 นับโครงการต่อเนื่องได้) | - สำเนาหนังสือเสนอของงบประมาณปี 2564 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้) |
| 3 | มีโครงการวิจัยของงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (ปี 2565 นับโครงการต่อเนื่องได้) | - สำเนาหนังสือเสนอของงบประมาณปี 2565 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้) |
| 4 | โครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปี 2564 | - สำเนาหนังสือแจ้งโครงการวิจัยที่เสนอปี 2564 ได้รับการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เพื่อจัดสรรงบประมาณ |
| 5 | โครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปี 2564 และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์หรือจากแหล่งทุนอื่น | - สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณกรมการแพทย์ปี 2564 สำหรับ โครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) หรือได้รับจากแหล่งทุนอื่น |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

โครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจาก วช. จำนวน 3 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการต่อเนื่อง พ.ศ. 2563 – 2564 ได้แก่

(1) โครงการการตรวจหาการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรมในไมโทคอนเดรีย เพื่อใช้พยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับของคนไทย

(2) โครงการการสูญเสียการแสดงออกของ PTEN ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มี HER 2

ที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน |
| 2 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์) |
| 3 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> |

| | |
|---|--|
| | อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน) |
| 4 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน) |
| 5 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ/หรือ <u>ตีพิมพ์</u> <u>ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ</u> (TCI Gr1 / มี Impact factor) อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา) |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนนการเผยแพร่ผลงานวิจัย | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|--|
| 1 | ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน | - Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงาน ที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน |
| 2 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์) | - Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการ แพทย์) ที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของ หน่วยงาน |
| 3 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน) | - เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ หน่วยงาน นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ ระดับประเทศอย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน) |
| 4 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน) | - เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ หน่วยงาน ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ใน ประเทศอย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน) |
| 5 | ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ/หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1/มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา) | - เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ หน่วยงาน <u>นำเสนอที่ประชุมวิชาการ</u> <u>ต่างประเทศ</u> และ/หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสาร</u> <u>ทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสาร</u> <u>ทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI</u> <u>Gr1/มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 โครงการ (3 ปีที่ผ่านมา) |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ
2. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ในประเทศ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

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

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|--|------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| ทิศทางการวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ | 20 | ผลรวมคะแนนทุกองค์ประกอบ = 5 | 5 | 1.0000 |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวินิจฉัยและเวชศาสตร์นิวเคลียร์
หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาภาค
หัวหน้ากลุ่มงานคัลยศาสตร์
หัวหน้ากลุ่มงานมะเร็งรังสี
หัวหน้ากลุ่มงานรังสีรักษา
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1555, 1520, 2600

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2201, 1312, 2309, 1330, 2105, 1414, 2605, 2602

คำอธิบาย :

การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ หมายถึง 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) ต่อไปซึ่งการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะต้องดำเนินการพัฒนา และประเมินทุกองค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา และยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้มีความสมบูรณ์ทัดเทียมระดับสากลตั้งนั้นระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความท้าทายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุม 7 องค์ประกอบภายใน 3 ปี

สำหรับหน่วยงานที่มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์นอกเหนือจากบทบาทหลักตามกฎกระทรวง ฯ ทั้ง 15 ด้านแล้วหากต้องการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ สามารถทำข้อตกลงโดยกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ต้องการดำเนินการเพิ่มเติมได้ เพื่อประเมิน และวัดศักยภาพ และเป็นโอกาสในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

| ระดับความสำเร็จ | ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน) |
|-----------------|------------------------------------|
| | 12 เดือน |
| 1 | 1 |
| 2 | 1.01 – 2.00 |

| | |
|---|-------------|
| 3 | 2.01 – 3.00 |
| 4 | 3.01 – 4.00 |
| 5 | 4.01 – 5.00 |

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ การวัดผลการทำงานจากการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ แบ่งตาม 7 องค์ประกอบ คือ

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

เกณฑ์การให้คะแนน องค์ประกอบที่ 1 การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : น้ำหนักร้อยละ 10

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

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process, Outcome และ Patient Safety ของ COE 7 ตัวชี้วัด และมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกับค่ามาตรฐาน ประกอบด้วย

1. ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Process จำนวน 2 ตัวชี้วัด
 - (1) ระยะเวลาการรอตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลเมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป ไม่เกิน 2 สัปดาห์
 - (2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์
2. ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Outcome จำนวน 3 ตัวชี้วัด

- (1) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของมะเร็งเต้านมตามระยะโรค (5 Year Survival Rate By Stage)
 (2) สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2
 (3) สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2
 3. ตัวชี้วัดคุณภาพเชิง Patient Safety จำนวน 2 ตัวชี้วัด
 (1) ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Complication in Breast Cancer Patients)
 (2) ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดการคลาดเคลื่อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยมีความรุนแรงของอุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไป
ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

เกณฑ์การให้คะแนน องค์กรประกอบที่ 2 การรับส่งต่อ :น้ำหนักร้อยละ 10

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

หมายเหตุ : โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

- สรุปผลจำนวนผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนจากหน่วยงานอื่นที่ไม่สามารถให้การรักษา หรือวินิจฉัยในโรคที่เป็นภารกิจหลัก เข้ามารับการรักษาหรือวินิจฉัย เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมา

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง หรือสงสัยโรคมะเร็งที่ส่งต่อมา ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค โดยส่งต่อมาจากเขตสุขภาพที่ 13 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 และรองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 17.5 และเขตสุขภาพที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 16.8 โดยแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

- (1) กลุ่มที่เป็นโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 69.84
- (2) กลุ่มมะเร็งระยะลุกลาม คิดเป็นร้อยละ 14.64
- (3) กลุ่มที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 10.85
- (4) กลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 4.67

หมายเหตุ : ข้อมูลอ้างอิง สถิติการรับ Refer ในระบบ HIS ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างวันที่

1 ตุลาคม 2563 – 31 กรกฎาคม 2564 จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยมะเร็งและสงสัยมะเร็งที่ส่งต่อ (Cancer/Metas/R/O)

หารจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาทั้งหมด คุณด้วย 100 เท่ากับ 95.33

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

มีการปรับเปลี่ยนการให้บริการตามนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- (1) มีการเปลี่ยนผ่านระบบตามนโยบาย
- (2) มีการใช้เครื่องมือ TCB+ แทนใบส่งตัว ข้อมูลการรับส่งต่อในระบบยังไม่สมบูรณ์
- (3) นโยบายยังไม่ลงสู่ผู้ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

เพิ่มศักยภาพให้กับสถานพยาบาลในการวินิจฉัยโรคก่อนส่งต่อมารักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

เกณฑ์การให้คะแนน องค์กรประกอบที่ 3 การวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 20

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 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 หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรือเป็นต้นแบบการพัฒนาระบบสุขภาพ 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 :

1. มีการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงานตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง
2. มีการประชุมพิจารณาแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม กรมการแพทย์ ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

และเสนอร่าง ข้อเสนอการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในการประชุมคณะทำงานพัฒนาสิทธิประโยชน์ ฯ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

เกณฑ์การให้คะแนน องค์กรประกอบที่ 4 การพัฒนาบุคลากร : นำหนักร้อยละ 10

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

หมายเหตุ :

1. หลักสูตร Training คือ หลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ เช่น แพทย์ประจำบ้าน การพยาบาลเฉพาะทาง สหวิชาชีพ ที่สถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะเฉพาะทาง และหลักสูตรนั้นต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นหลักสูตรที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง

2. เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ข้อกำหนด ข้อบังคับ เงื่อนไข ที่เกี่ยวกับหลักสูตรเพื่อรับรองคุณภาพการฝึกอบรม โดยสภาวิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาล สหวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัย สภาการพยาบาล สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น

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

4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

มะเร็งนรีเวช

1. ได้รับอนุมัติให้เปิดสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม 2560 เป็นต้นไป
2. ผ่านการประเมินสถาบันฝึกอบรม หลักเกณฑ์ WFME โดยแพทยสภา เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2564
3. ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านต่อยอดปี 2564 เผยแพร่ใน www.kmnci.com/km/gyneoncol
4. เนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน จึงไม่สามารถดำเนินการส่งแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไปศึกษาดูงานในต่างประเทศได้
5. กลุ่มงานมะเร็งนรีเวช ได้มีการจัดฝึกอบรมเฉพาะทางมะเร็งวิทยานรีเวชให้แก่แพทย์จากสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว ได้แก่ หลักสูตรการอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (2 ปี) จำนวน 1 ราย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2564 – 1 สิงหาคม 2566

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ผลการดำเนินงานมีความล่าช้ากว่าที่กำหนด เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 จึงไม่สามารถดำเนินการส่งแพทย์ประจำบ้านต่อยอดไปศึกษาดูงานในต่างประเทศได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

เกณฑ์การให้คะแนน องค์กรประกอบที่ 5 การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ : น้ำหนักร้อยละ 20

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับหน่วยงาน |
| 2 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกรมการแพทย์ |
| 3 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับกระทรวงสาธารณสุข |
| 4 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับประเทศ |
| 5 | มีการอ้างอิงข้อมูลของศูนย์ความเป็นเลิศในระดับต่างประเทศ |

หมายเหตุ :

1. มีการสำรวจข้อมูลการโรค กลุ่มอาการที่สำคัญ จะต้องเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎกระทรวง
2. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาค สามารถร่วมดำเนินและใช้ข้อมูลเดียวกัน และมีรายงานการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน
3. โปรระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำหนังสือแนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. มีการจัดเก็บข้อมูลและอ้างอิงข้อมูลในระดับต่างประเทศ International Agency for Research on Cancer

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

เกณฑ์การให้คะแนน องค์กรประกอบที่ 6 การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย : น้ำหนักร้อยละ 20

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | มีคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายระดับหน่วยงานที่ผ่านความเป็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ระดับชาติ |
| 2 | มีรายงานการวิเคราะห์ประเด็นเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย |
| 3 | จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายตาม CoE |
| 4 | ส่งข้อเสนอเชิงนโยบายให้กรมเพื่อทราบ และพิจารณา |
| 5 | ข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการนำเสนอและนำไปปฏิบัติในหน่วยงานนอกกรมการแพทย์ |

หมายเหตุ :

1. หัวข้อในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
2. ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องผ่านกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หรือคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาตินำเสนอแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้ไปชี้แจงแนวทางในการคัดกรองให้กับภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

เกณฑ์การให้คะแนนองค์ประกอบที่ 7 การมีเครือข่ายวิชาการ : น้ำหนักร้อยละ 10

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ |
| 2 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุข |
| 3 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในประเทศ นอกกระทรวงสาธารณสุข |
| 4 | มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ |
| 5 | มีการเทียบเคียง (Benchmarking) ผลการดำเนินงาน หรือ ตัวชี้วัดที่สำคัญ กับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานด้านเดียวกัน และผลการดำเนินการอยู่ในระดับเดียวกันหรือสูงกว่า |

หมายเหตุ : โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง TCI ที่ <https://tci-thailand.org/list%20journal.php>

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มี TCI วารสารโรคมะเร็ง
2. มีการเทียบเคียง (Benchmarking) ผลการดำเนินงาน หรือ ตัวชี้วัดที่สำคัญ กับองค์กรอื่นที่มีการดำเนินงานด้านเดียวกัน และผลการดำเนินการอยู่ในระดับเดียวกันหรือสูงกว่า
3. ดำเนินการจัดทำแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ปี 2563

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอด
และสนับสนุนวิชาการ
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520, 2600

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414, 2602

คำอธิบาย :

การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการการบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากรตลอดจนกลยุทธ์และเครื่องมืออย่างเป็นระบบที่สามารถดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

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

นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ สิ่งประดิษฐ์ บริการ กรรมวิธีที่เกี่ยวกับการยกระดับการรักษา การวินิจฉัย การเรียนรู้ การป้องกันที่มีคุณภาพและปลอดภัยทางการแพทย์ ทั้งที่เป็นสิ่งใหม่หรือพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งในเชิงพาณิชย์และสาธารณะได้ โดยจำแนกประเภทนวัตกรรมไว้ 3 ประเภท ดังนี้

1. นวัตกรรมที่ตอบสนองนโยบาย (Policy related Innovation) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายกรมการแพทย์ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน

2. นวัตกรรมบริการ (Innovation for service) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริการด้านการแพทย์แบบเดิม หรือเพิ่มประสิทธิภาพ/ความปลอดภัย ให้กับระบบสุขภาพ หรือการบริการด้านการแพทย์แบบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (Equity)

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

เกณฑ์การให้คะแนน : ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

| ระดับความสำเร็จ | ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน) | |
|-----------------|------------------------------------|-------------|
| | 6 เดือน | 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 |

แนวทางการประเมิน : แบ่งระดับการให้คะแนนโดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ คือ

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

หมายเหตุ : หน่วยงานเลือนวัตกรรมเพียง 1 ขึ้นมาประเมินในทุกองค์ประกอบ โดยสามารถนำนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ปี 2562 (ผลงานย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี)

องค์ประกอบที่ 1 การประดิษฐ์คิดค้น (Invention) : น้ำหนักร้อยละ 30

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 1 | เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล |
|----------------|--|---|
| 1 | หน่วยงานมีโครงสร้าง และการดำเนินงานในการจัดการนวัตกรรม | - รายชื่อคณะกรรมการดำเนินงานนวัตกรรม - หน่วยงานที่รับผิดชอบงานนวัตกรรม |
| 2 | หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการพัฒนานวัตกรรมประจำปีงบประมาณ 2564 | แผน/โครงการประจำปีงบประมาณ 2564 |
| 3 | หน่วยงานมีการวิเคราะห์ระบบงานนวัตกรรม และมีฐานข้อมูล | - ผลการวิเคราะห์ระบบงานนวัตกรรม - แสดงฐานข้อมูล |
| 4 | มีชิ้นงานนวัตกรรมอย่างน้อย 1 ชิ้นที่เกิดจากบุคลากรของหน่วยงาน | - รายละเอียดนวัตกรรม - ผู้รับผิดชอบนวัตกรรมนั้น |
| 5 | หน่วยงานมีชิ้นงานนวัตกรรมที่เกิดจากแผนงาน/โครงการประจำปี หรือที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | รายละเอียดนวัตกรรม |

หมายเหตุ : ต้องดำเนินการครบทุกกระบวนการตามลำดับ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องนวัตกรรม
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการผ่านศูนย์ประสานงานมะเร็งรักษาทุกที่ / ศูนย์บัญชาการขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

องค์ประกอบที่ 2 พัฒนาการ (Development) : น้ำหนักร้อยละ 50

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 2 | เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล |
|----------------|---|---|
| 1 | หน่วยงานมีแนวคิดการสร้างนวัตกรรม | concept paper/proposal |
| 2 | หน่วยงานมีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)/ ปัญหาที่ต้องการสร้างนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ | ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)/ ปัญหา |
| 3 | นวัตกรรมในหน่วยงานมีการพัฒนาในระดับศักยภาพ | แผนการพัฒนา / ผลลัพธ์และผลผลิตที่ได้ / ใบรับรองเข้าร่วมกิจกรรม / โครงการ |
| 4 | หน่วยงานมีต้นแบบนวัตกรรม (Prototype) | รายละเอียดต้นแบบนวัตกรรมที่นำมาประเมิน ผลการทดลอง/วิจัย |
| 5 | มีการเผยแพร่ นวัตกรรมภายในและ/หรือภายนอกหน่วยงาน หรืออยู่ในกระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา และ/หรือนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน | หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการเผยแพร่หรือการนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหา/ เลขคำขอการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาระบบการส่งต่อผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูล
2. มีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา
3. มีการดำเนินการเผยแพร่ นวัตกรรมให้กับหน่วยงานภายนอก และเผยแพร่ข้อมูลให้ภาคประชาชนรับทราบ ผ่านทางสื่อต่าง ๆ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

องค์ประกอบที่ 3 การนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป : น้ำหนักร้อยละ 20

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน : องค์ประกอบที่ 3 | เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล |
|----------------|---|--|
| 1 | หน่วยงานมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน | หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน |
| 2 | หน่วยงานมีการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น | หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการถ่ายทอดแสดงถึงการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น |
| 3 | หน่วยงานนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและ/หรือภายนอกหน่วยงาน หรือสาธารณะ | หลักฐานเชิงประจักษ์ การเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ |
| 4 | หน่วยงานมีการจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม | แผนการดำเนินการ ข้อเสนอในการพัฒนาต่อยอดสู่การจับคู่เจรจา / รายชื่อ |

| | | |
|---|--|---|
| | | หน่วยงาน องค์กรที่ร่วมพัฒนา และ / หรือสัญญาความร่วมมือ และ / หรือ ข้อตกลงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม |
| 5 | นวัตกรรมของหน่วยงานมีการพัฒนาต่อยอดสามารถนำไปใช้เชิง สาธารณะ และ/หรือเชิงพาณิชย์ | ข้อตกลง และ/หรือสัญญาการอนุญาต นำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ และ/หรือ เชิงพาณิชย์ |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการส่งต่อข้อมูลนวัตกรรมสู่หน่วยงานภายนอก
2. มีการแถลงข่าวการใช้นวัตกรรมต่อสื่อมวลชน โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
3. นวัตกรรมนี้ได้ดำเนินการร่วมกันโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และกรมการแพทย์ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|--|------------------|----------------|----------------|----------------------|
| ระดับความสำเร็จในการจัดการ นวัตกรรมทางการแพทย์ | 10 | 5 | 5 | 0.5000 |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ฯ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี
หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา

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

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406, 2207, 2400, 2602, 2606, 2605,
1525, 1514, 1518, 1508, 1503

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการ มีบทบาทภารกิจในการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วนมีบทบาทสนับสนุนให้หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ ขับเคลื่อนงานบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงและการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำกรอบในการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้ขึ้นไปตามขีดความสามารถที่กำหนดการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ในการดำเนินการที่ผ่านมาถือว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชน และยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกในระยะเวลานับรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยมีการนำนโยบายด้านการดูแลสุขภาพและมาตรการที่เข้มงวดมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพจนส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อสะสมและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับอีกหลายประเทศ อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดที่รุนแรงของเชื้อ COVID-19 อาจมีโอกาสเกิดขึ้นอีกเป็นระลอกที่ 2 จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพและวางแผนอย่างรัดกุมให้แก่สถานพยาบาลทุกระดับ

ในปีงบประมาณ 2563 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกในระยะเวลานับรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการนำนโยบายด้านการดูแลสุขภาพและมาตรการที่เข้มงวดมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จนส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อผู้ติดเชื้อสะสมและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับอีกหลายประเทศ อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดที่รุนแรงของเชื้อ COVID-19 อาจมีโอกาสเกิดขึ้นอีก จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพและวางแผนอย่างรัดกุมให้แก่สถานพยาบาลทุกระดับ การบริหารจัดการความต่อเนื่องของธุรกิจ (Business Continuity Management : BCM) จึงเป็นกระบวนการที่สะท้อนให้เห็นถึงภัยและผลกระทบของภัยต่อการ

ดำเนินงานขององค์กรและแนวทางในการแก้ไขหรือสนับสนุนให้องค์กรได้รับผลกระทบน้อยที่สุดจากสถานการณ์วิกฤตและกลับคืนสู่สถานการณ์ปกติได้โดยเร็วมีมาตรฐานสากล

กรมการแพทย์ มีนโยบายสนับสนุนการจัดแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (Business Continuity Plan for EID in healthcare facilities) หรือแผน BCP ให้กับโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพและโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์เพื่อให้มีแผนรองรับสภาวะวิกฤตจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ : COVID-19 สามารถดำรงภารกิจหลักขณะเกิดสถานการณ์วิกฤตและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (2P Safety) ความแออัดของผู้ป่วยลดลง และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

เขตสุขภาพ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการดำเนินงานไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพครอบคลุมหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคที่มีการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า และโรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทางด้านต่างๆ จำนวน 28 แห่ง

ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรมการแพทย์สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ เป็นต้น

การบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Management : BCM) หมายถึง กระบวนการบริหารแบบองค์รวม ซึ่งระบุนัยคุกคามและผลกระทบของโรคติดต่ออุบัติใหม่ต่อการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อวางแผนทางในการสร้างขีดความสามารถให้องค์กรมีความยืดหยุ่น ปรับตัวต่อเหตุการณ์ได้

แผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (Business Continuity Plans : BCP) หมายถึง เอกสารขั้นตอนการดำเนินงานที่ให้แนวทางแก่สถานพยาบาลในการตอบสนอง การฟื้นฟูและการกลับมาดำเนินการ เพื่อให้สามารถคงภารกิจของสถานพยาบาลต่อประชาชนได้ในระดับที่กำหนดไว้หลังเกิดวิกฤติ

ข้อมูลทรัพยากรของโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนบุคลากรทุกสาขา จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต จำนวนเตียงจำนวนห้องผ่าตัด แผนที่ และแปลนโรงพยาบาลอุปกรณ์การแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นต้องใช้ยามวิกฤต

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการจัดตั้งคณะทำงาน / คณะกรรมการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP) เพื่อพัฒนาการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานพยาบาล |
| 2 | มีข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อประกอบการทำแผน เช่น ข้อมูลทรัพยากรของโรงพยาบาล, แผนเผชิญเหตุและแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง(BCP), สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการของโรงพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะที่ผ่านมา |
| 3 | โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (BCP for EID in healthcare facilities) |
| 4 | โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการบริหารจัดการ (BCM) เพื่อการดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องหากเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้นอีกเป็นระลอกที่ 2 |
| 5 | มีการติดตามประเมินผลการนำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (BCP for EID in healthcare facilities) โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|--|
| 1 | โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการจัดตั้งคณะทำงาน / คณะกรรมการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP) เพื่อพัฒนาการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานพยาบาล | คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน / คณะกรรมการฯ |
| 2 | มีข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อประกอบการทำแผน เช่น ข้อมูลทรัพยากรของโรงพยาบาล, แผนเผชิญเหตุและแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP), สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการของโรงพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะที่ผ่านมา | ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของสถานพยาบาล |

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 3 | โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (BCP for EID in healthcare facilities) | แผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP) |
| 4 | โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการบริหารจัดการ (BCM) เพื่อการดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องหากเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้นอีกเป็นระลอกที่ 2 | เอกสารการดำเนินงานรูปแบบ New normal |
| 5 | มีการติดตามประเมินผลการนำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล (BCP for EID in healthcare facilities) โรงพยาบาลระดับ A, S ของเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ | รายงานติดตามประเมินผล |

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน ดังนี้

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้มีการจัดให้มีแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 ทั้งการสวมเครื่องป้องกัน การเว้นระยะห่าง ปรับปรุงวิธีปฏิบัติต่อผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอก รวมถึง

| |
|---|
| <p>การออกมาตรการ NCI Safe Zone และมีขั้นตอนการพิจารณาเมื่อบุคลากรมีความเสี่ยงในการสัมผัสหรือเกี่ยวข้องกับผู้ที่ติดเชื้อ มีการซักซ้อมกรณีเกิดเหตุที่มีผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อ Covid-19 เข้ามาในบริเวณสถาบันมะเร็งแห่งชาติ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ นอกจากนั้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีมาตรการให้บุคลากรสามารถที่จะเลื่อนเวลาและเลื่อนวันในการปฏิบัติงานที่ได้ เพื่อลดความแออัดและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเดินทาง โดยมีการสนับสนุนการวางแผนการทำงานเพื่อเลือกหาภาระงานที่เหมาะสมกับการทำงานที่บ้านได้</p> <ol style="list-style-type: none">2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (BCP) เพื่อพัฒนาการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 20193. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการจัดทำแผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในสถานพยาบาล5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการประชุมฝึกซ้อมแผนประคองกิจการ (Business continuity Plan : BCP) ในรูปแบบ Virtual Table Top Exercise หน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ สำหรับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทาง Teleconference ร่วมกับกรมการแพทย์6. มีการจัดทำเอกสารข้อมูลการดำเนินงานรูปแบบ New normal7. มีการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการสาธารณสุข (EOC) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นประจำทุกเดือนเพื่อติดตามความก้าวหน้า และติดตามสถานการณ์ |
| <p>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :</p> <p>สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการออกประกาศ NCI Safe Zone เพื่อให้หน่วยงานเป็นสถานที่ปลอดเชื้อโควิด และมีการออกมาตรการป้องกันกรณีบุคลากรมีความเสี่ยงในการติดเชื้อและส่งเสริมการปฏิบัติงานแบบเลื่อนวันและเลื่อนเวลาในการทำงาน</p> |
| <p>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -</p> |
| <p>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -</p> |
| <p>หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร</p> |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.1 ระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน

| | |
|---|---|
| ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบ สุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล | ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบาย และยุทธศาสตร์การแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน |
|---|---|

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520, 2600 โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406, 2602, 2605, 2606

คำอธิบาย :

● ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560 – 2579) ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ประเด็นที่ 6.2 การยกระดับงานบริการประชาชนและการอำนวยความสะดวกของภาครัฐสู่ความเป็นเลิศเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งประชาชนและนักธุรกิจเอกชน โดยมีการเชื่อมโยงผ่านระบบดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เชื่อมโยงทุกส่วนราชการในการให้บริการประชาชน เช่น การพัฒนาระบบกลางของภาครัฐในการให้บริการธุรกิจตลอดวงจรการประกอบธุรกิจ (Single Portal for Business) ด้วยการใช้ระบบดิจิทัลบูรณาการข้อมูล / เอกสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้สามารถติดต่อราชการได้แบบเบ็ดเสร็จได้ตลอดวงจร โปร่งใส ตรวจสอบได้ และผู้รับบริการได้รับความสะดวก สามารถเข้าถึงงานบริการภาครัฐได้ง่าย ทัวถึง และหลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสม

คำนิยาม :

● **ข้อตกลงระดับการให้บริการ (Service Level Agreement : SLA)** เป็นเอกสารที่บันทึกข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนโดยทั้ง 2 ฝ่ายต้องร่วมกันกำหนดขอบเขตของการให้บริการ ระดับการให้บริการ (Level of Service) ขั้นต่ำที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ซึ่งข้อตกลงระดับการให้บริการเปรียบเสมือนพันธสัญญาถึงระดับคุณภาพของบริการและความโปร่งใสที่ผู้ให้บริการมีให้แก่ผู้รับบริการตั้งนั้นองค์ประกอบของข้อตกลงจะประกอบด้วยขอบเขตการให้บริการข้อกำหนดการให้บริการระดับการให้บริการขั้นตอนการให้บริการและการรับเรื่องราวร้องเรียน

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

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน ที่ต้องมีการดำเนินการจัดทำแผนปรับปรุงกระบวนการที่นำไปสู่ข้อตกลงระดับการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการมีการดำเนินการตามแผนปรับปรุง/พัฒนางานบริการ และมีคู่มือการให้บริการประชาชนตามแผนการปรับปรุงฯ โดยระดับความสำเร็จกำหนดเป็น Milestone

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|-------|-------|-------|------|-----|-----|--------|------|-------|-------|-------|------|
| 1 | ส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน | | | | | | | | | | | | |
| 2 | จัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนางานบริการ (กระบวนการบริการ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (รูปแบบ Gantt Chart) จำนวน 3 กระบวนการ | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการ ตามแบบฟอร์ม A – E จำนวน 3 กระบวนการ ตามแผน ฯ ในขั้นตอนที่ 2 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนในรูปแบบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ หรือ Social Media ของหน่วยงาน จำนวน 3 กระบวนการ ตามแผน ฯ ในขั้นตอนที่ 2 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการตามคู่มือการให้บริการประชาชน <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>< 50</td> <td>50-59</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>≥ 80</td> </tr> </table> | คะแนน | 0.2 | 0.4 | 0.6 | 0.8 | 1.0 | ร้อยละ | < 50 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | ≥ 80 |
| คะแนน | 0.2 | 0.4 | 0.6 | 0.8 | 1.0 | | | | | | | | |
| ร้อยละ | < 50 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | ≥ 80 | | | | | | | | |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | รายละเอียดการดำเนินงาน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|--|--|
| 1 | ส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน | ตรวจสอบผู้เข้าประชุมออนไลน์จากระบบ |
| 2 | จัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนางานบริการ (กระบวนการบริการ) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (รูปแบบ Gantt Chart) จำนวน 3 กระบวนการ | - แผนการจัดทำคู่มือบริการประชาชน (ตามแบบฟอร์มที่ 1 แผนการจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน) |
| 3 | ปรับปรุง พัฒนาการกระบวนการบริการ ตามแบบฟอร์ม A – E จำนวน 3 กระบวนการ ตามแผน ฯ ในขั้นตอนที่ 2 | - เอกสารการปรับปรุง/พัฒนากระบวนการบริการ (A – E) จำนวน 3 กระบวนการ (ตามแบบฟอร์มที่ 2 การปรับปรุง / พัฒนากระบวนการบริการ (A – E)) |
| 4 | จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนในรูปแบบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และ เผยแพร่บนเว็บไซต์ หรือ Social Media ของหน่วยงาน จำนวน 3 กระบวนการ ตามแผน ฯ ในขั้นตอนที่ 2 | - Link website / QR code / Social media ที่เผยแพร่คู่มือบริการประชาชน จำนวน 3 กระบวนการ ซึ่งเป็นกระบวนการเดียวกับที่หน่วยงานปรับปรุง/พัฒนา ฯ ตามแผนในขั้นตอนที่ 2 (ตามแบบฟอร์มที่ 3 คู่มือการให้บริการประชาชน) |
| 5 | ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการตามคู่มือการให้บริการประชาชน | ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการตามคู่มือการให้บริการ |

| | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| | (รายละเอียด) | ประชาชน | | |
| การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน : | | | | |
| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
| ระดับความสำเร็จของการจัดทำ คู่มือการให้บริการประชาชน | 3 | 5 | 5 | 0.1500 |
| คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : | | | | |
| <p>1. จัดทำคู่มือการให้บริการประชาชนในรูปแบบคลิปวิดีโอ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 3 กระบวนการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) ขึ้นตรวจการลงทะเบียนและรับผลสรุปการตรวจสุขภาพผ่าน Application NCI Easy (2) ขั้นตอนการรับบริการตาม นโยบายมะเร็งรักษาได้ทุกที่(Cancer Anywhere) (3) กระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing <p>2. ทำแบบสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการตามคู่มือสำหรับประชาชนแบบออนไลน์เผยแพร่บนเว็บไซต์ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการตามคู่มือการให้บริการประชาชน ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 14.6 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินความพึงพอใจ</p> | | | | |
| <p>ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการในการเข้ารับบริการ และได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลการดำเนินงานจัดทำคู่มือบริการประชาชน</p> | | | | |
| <p>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : การรวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการ และการสื่อสารความเข้าใจที่ถูกต้อง</p> | | | | |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : - | | | | |
| หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร | | | | |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.2 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมในการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบาย
และยุทธศาสตร์การแพทย์
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520, 2600

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406, 2602, 2605, 2606

คำอธิบาย :

ตามที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนดให้มีการมอบรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ให้กับหน่วยงานของรัฐที่มีผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส เป็นธรรม และเป็นที่ยังพอใจ ดังนั้นหน่วยงานที่ได้รับรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ แสดงให้เห็นว่าเป็นหน่วยงานที่มีผลการทำงานในการยกระดับคุณภาพการให้บริการที่ประสบผลสำเร็จ สามารถสร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นให้หน่วยงานมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่หน่วยงานอื่น ๆ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้บริการและระบบการบริหารของหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ประกอบด้วย 4 ประเภทรางวัล ได้แก่

1.) ประเภทนวัตกรรมบริการ หมายถึง การพัฒนาการให้บริการ ด้วยการสร้างนวัตกรรมจากการนำแนวคิด องค์ความรู้ ทักษะประสบการณ์ และเทคโนโลยี มาประยุกต์ พัฒนาหรือสร้างรูปแบบการให้บริการ กระบวนการ/ระบบบริการรูปแบบใหม่ ๆ ภายใต้การส่งเสริมของผู้นำองค์กร และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการที่ดีขึ้นกว่าเดิมอย่างก้าวกระโดด

2.) ประเภทพัฒนาการบริการ หมายถึง การพัฒนาการให้บริการแล้วส่งผลให้การบริการดีขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญ หรือเห็นเป็นที่ประจักษ์ รวมถึงการทำงานในเชิงบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประโยชน์ หรือมีผลกระทบสูงต่อประชาชนในวงกว้าง หรือแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน/กลุ่มเป้าหมายได้

3.) ประเภทขยายผลมาตรฐานการบริการ หมายถึง การนำระบบ แนวทางการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานในผลงานที่ได้รับรางวัลบริการภาครัฐ ระดับดีเด่น ไปขยายผลในทุกหน่วยบริการสาขาหรือพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และควบคุมรูปแบบ คุณภาพ และมาตรฐานของงานบริการให้คงอยู่ในระดับเดียวกันหรือดีกว่าในทุกหน่วยบริการสาขาหรือพื้นที่

4.) ประเภทบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการ หมายถึง การเพิ่มประสิทธิภาพหรือการเปลี่ยนแปลงการให้บริการที่เป็นผลมาจากความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ระหว่างหน่วยงานของรัฐ และทำให้เกิดการให้บริการในรูปแบบดิจิทัล ภายใต้สิทธิการใช้งานที่เหมาะสมและมีการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ทั้งนี้ ถ้าเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลส่วนบุคคลการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าว ต้องได้รับความยินยอม (consent) หรือการร้องขอ (request) จากเจ้าของข้อมูลนั้นก่อน

เพื่อให้มั่นใจได้ว่าหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์มีการพัฒนา ปรับปรุงและยกระดับคุณภาพการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง กรมการแพทย์จึงได้สนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดส่งผลงานเข้าสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมการขอสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ

เกณฑ์การให้คะแนน

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | ส่งบุคลากรเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการสมัครรางวัลบริการภาครัฐ |
| 2 | - |
| 3 | หน่วยงานจัดทำแบบฟอร์มบทสรุปสาระสำคัญของผลงานที่เสนอขอรับรางวัล |
| 4 | - |
| 5 | หน่วยงานส่งผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ผ่านระบบของสำนักงาน ก.พ.ร. |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการสมัครรางวัลบริการภาครัฐ
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำสรุปสาระสำคัญของผลงานที่เสนอขอรับรางวัล จำนวน 2 เรื่อง ดังนี้
 - (1) โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA ของหญิงสำหรับหญิงไทย เพื่อการสาธารณสุขก้าวไกล
 - (2) Mammogram delivery
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติส่งผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐผ่านระบบของสำนักงาน ก.พ.ร.

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

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

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1518

คำอธิบาย :

พิจารณาจากระดับความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กรมการแพทย์

คำนิยาม :

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

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

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

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

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 (ปรับเกณฑ์) |
|------------|---|
| 1 | หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม และ ส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด |
| 2 | หน่วยงานดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรม ป้องกันปราบปรามการทุจริต ดังนี้ - ตรวจสอบความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน หรือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก ได้แก่ ปัญหาที่ยากแก่ ความดีที่ยากทำ หรือ พฤติกรรมทางจริยธรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความพึงพอใจ เป็นต้น - กำหนดแนวทางปรับปรุงพัฒนา |
| 3 | หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ตามจำนวนที่กำหนด |
| 4 | หน่วยงานสรุปผล - การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรม ป้องกันปราบปรามการทุจริต ตามระดับ 2 - การดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามระดับ 1 และระดับ 3 |
| 5 | หน่วยงาน ระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA และแผนปฏิบัติราชการในปี พ.ศ. 2565 |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ขั้นตอน/ ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | หลักฐาน | ระยะเวลา ดำเนินการ |
|-------------------|---|---|--|
| 1 | หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม และ ส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด | แบบฟอร์มการส่งรายชื่อ แบบฟอร์มส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง | ม.ค. – ก.พ. 64 (หรือตาม ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด) |
| 2 | หน่วยงานดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรม ป้องกันปราบปรามการทุจริต ดังนี้ - ตรวจสอบความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน หรือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก ได้แก่ ปัญหาที่ยากแก่ ความดีที่ยากทำ หรือ พฤติกรรมทางจริยธรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความพึงพอใจ เป็นต้น - กำหนดแนวทางปรับปรุงพัฒนา | ตรวจสอบจากแบบสรุปผลการดำเนินงานตามข้อ 4 และ 5 ส่งทาง E-mail : team.winai2020@gmail.com | 10 ส.ค. 64 |
| 3 | หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ใน | จำนวนผู้ตอบแบบวัดการรับรู้มากกว่าหรือเท่ากับจำนวนที่ป.ป.ช. กำหนด | เม.ย. – พ.ค. 64 |

| | | | |
|---|--|--|------------|
| | ระบบออนไลน์ตามจำนวนที่กำหนด | | |
| 4 | <p>หน่วยงานสรุปผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการส่งเสริมคุณธรรม ป้องกัน ปราบปรามการทุจริต ตามระดับ 2 - การดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามระดับ 1 และระดับ 3 | <p>แบบสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>ส่งทาง E-mail : team.winai2020@gmail.com</p> | 15 ส.ค. 64 |
| 5 | <p>5.1 หน่วยงานระบุปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564</p> <p>5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA และแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. 2565</p> | | 15 ส.ค. 64 |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|--|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) | 5 | 5 | 5 | 0.2500 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ขอให้กลุ่มงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม
2. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม
3. ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติราชการด้านการส่งเสริมคุณธรรม ป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน

รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

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

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

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อ จัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใส และเป็นที่ยอมรับของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2564 x 100
วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2564

โดยที่ :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ) | |
|---|--------------------------------|----------|----------|--------------------------------|----------|
| | พ.ศ.2561 | พ.ศ.2562 | พ.ศ.2563 | พ.ศ.2563 | พ.ศ.2564 |
| ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ภาพรวม | 98.74 | 99.80 | 95.53 | | |

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|--|------------------|---------|---------|---------|---------|
| | ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
| การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2564 | 76 | 78 | 80 | 82 | 84 |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|----------------|------------------|---|
| 1 | 76% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS |
| 2 | 78% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS |
| 3 | 80% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS |
| 4 | 82% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS |
| 5 | 84% | เอกสารสรุปรายงานผลการเบิกจ่าย ในระบบ GFMS |

หมายเหตุ :

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|---------------------|---------------------------------|----------------|-------------------------|
| ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ภาพรวม | 5 | 86.72 ที่ตรวจสอบได้ 90.97 | 5 | 0.2500 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ได้เท่ากับร้อยละ 86.72

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

เนื่องจากสถานการณ์ของไวรัส โควิด 19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการจัดอบรมได้ตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.2 ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

- การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

- การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำ) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

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

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2564} \times 100}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2564}}$$

โดยที่ :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ) | |
|--|--------------------------------|----------|----------|-----------------------------|----------|
| | พ.ศ.2561 | พ.ศ.2562 | พ.ศ.2563 | พ.ศ.2562 | พ.ศ.2563 |
| ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน | 100 | 100 | 100 | | |

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 2 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ตัวชี้วัด | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|--|------------------|---------|---------|---------|---------|
| | ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |
| การเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ณ สิ้นเดือน ก.ค. 2564 | 64 | 68 | 72 | 76 | 80 |

หมายเหตุ :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการ ดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|--|---------------------|--------------------|----------------|-------------------------|
| ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน | 2 | 100 | 5 | 0.1000 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ : ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุและบำรุงรักษา
คณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน
หัวหน้างานซ่อมบำรุงรักษา

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1503, 1312, 2925

คำอธิบาย :

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน |
| 2 | มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2564 ในเว็บ 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. 2563 – ก.พ. 2564) |
| 4 | มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2563 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2563 – ก.พ. 2564) แล้วเสร็จภายในเดือน มีนาคม 2564 |
| 5 | มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 11 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2563 – ก.ค. 2564) |

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 2564 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th | - เอกสารการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2564 ในเว็บ 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. 2563 – ก.พ. 2564) | - เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image) |
| 4 | มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์-ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2563 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th | - เอกสารการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงน้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2564 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. |

| | | |
|---|---|---|
| | report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2563 – ก.พ. 2564) แล้วเสร็จ ภายในเดือน มีนาคม 2564 | 2563 – ก.พ. 2564) (รูปแบบไฟล์ : PDF/Image) |
| 5 | มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมิน ปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนี การใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้ว เสร็จและครบถ้วน 11เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ก.ย. 2563 – ก.ค. 2564) | - เอกสารการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมิน ปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้ พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (รูปแบบ ไฟล์ : PDF/Image) |

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. | | | หมายเหตุ |
|---|---------------------|--------------------------------|------|------|----------|
| | | 2561 | 2562 | 2563 | |
| ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินการตามมาตรการ ประหยัดพลังงานของหน่วยงาน | ระดับ ความสำเร็จ | 5 | 5 | 5 | |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|--|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| ระดับความสำเร็จของการ ดำเนินการตามมาตรการประหยัด พลังงาน | 3 | 5 | 5 | 0.1500 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บอย่างชัดเจน
- ดำเนินการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงานปีงบประมาณ 2564
- มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปี
งบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 11 เดือน ในเว็บ
<http://www.e-report.energy.go.th> (เดือน ก.ย. 2563 – ก.ค. 2564) การรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมิน
ปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปีงบประมาณ 2564 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ.
กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วน 6 เดือน ในเว็บ (เดือน ต.ค. 2563 – มี.ค. 2564)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์ (ของหน่วยงาน)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์
และ แผนงาน

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1524

คำอธิบาย :

การบริหารยุทธศาสตร์ คือ การบริหารจัดการองค์กรที่ช่วยให้ตระหนักถึงความสามารถขององค์กรทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบการทำงานและผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นการออกแบบกระบวนการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานให้มีความคล่องตัว มีความไวในการสนองตอบต่อสถานะการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีทิศทางที่ชัดเจนและทันท่วงที

กรมการแพทย์ ดำเนินการสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ภายใต้แผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ พ.ศ. 2563 – 2565 โดยมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทุกแห่งแปลงแผนสู่การปฏิบัติอย่างมีทิศทางและนำองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาองค์กรกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถประเมินความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนวิธีการและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงสามารถประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ และวางแผนการบริหารงานอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

คำนิยาม : แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน หมายถึง แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากเงินงบประมาณและเงินบำรุง

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|--|
| 1 | สื่อสารทิศทาง/นโยบายของกรมการแพทย์/หน่วยงาน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกระดับ |
| 2 | รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ไตรมาสที่ 2) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบ PBMS (งบประมาณ/เงินบำรุง) |
| 3 | ปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สำคัญต่อพันธกิจและเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ |
| 4 | วิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อย่างมีประสิทธิภาพ |
| 5 | รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบ PBMS (งบประมาณ/เงินบำรุง) และสรุปปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการปรับปรุงระบบบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน |

แนวทางการประเมินผล

- พิจารณาจากความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของกระบวนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับคะแนนตามเอกสาร/หลักฐาน ที่แสดงในโปรแกรม PBMS เว็บไซต์หน่วยงาน และเอกสารแนบในระบบรายงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) ประกอบการประเมินผล

- กรณีที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการ ขอให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นประกอบการประเมินผล

คำนิยาม :

แผนปฏิบัติการ หมายถึง แผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 (Action plan) ที่ปรากฏในระบบ PBMS (<https://pbms.dms.go.th/64>)

แผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หมายถึง แผนคำขอ งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2566 ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนด

รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ หมายถึง สถานการณ์รายงานความก้าวหน้าของโครงการ /กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐาน |
|----------------|---|------------|---|
| 1 | สื่อสารทิศทาง/นโยบายของกรมการแพทย์/หน่วยงาน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกระดับ | | |
| | คะแนนส่วนที่ 1 แสดงถึงให้เห็นถึงกระบวนการ/กิจกรรมการสื่อสารนโยบาย/ทิศทาง การดำเนินงานของกรมการแพทย์ ไปปฏิบัติระดับหน่วยงาน – กลุ่มงาน – บุคคล | 0.2 | แนวภาพการสื่อสารทิศทาง/นโยบายฯ ในระบบ E-PA |
| | คะแนนส่วนที่ 2 บุคลากรตอบแบบสำรวจการรับรู้นโยบาย และทิศทางกรมการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างวันที่ 1 – 10 ก.พ.2564 การคิดคะแนน | 0.8 | <u>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน คิดคะแนนจากระบบสำรวจออนไลน์</u> บุคลากรในหน่วยงานตอบแบบสำรวจฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| | $\frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบสำรวจฯ X 100}}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมด}}$ หมายเหตุ บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงาน ณ วันที่ 1 ก.พ. 2564 | 0.6 | บุคลากรในหน่วยงานตอบแบบสำรวจฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 |
| | | 0.5 | บุคลากรในหน่วยงานตอบแบบสำรวจฯ น้อยกว่าร้อยละ 60 |
| | รวมคะแนน (ส่วนที่ 1 + 2) | 1.0 | |
| 2 | รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ไตรมาสที่ 2) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบ PBMS | | |
| | การคิดคะแนน | 1.0 | บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ไตรมาสที่ 2 ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน <u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</u> |
| | $\frac{\text{รายการข้อมูล 1 X 100}}{\text{รายการข้อมูล 2}}$ รายการข้อมูล 1 จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS รายการข้อมูล 2 จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในไตรมาสที่ 1-2 | 0.5 | บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ไตรมาสที่ 2 ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u> |
| | รวมคะแนน | 1.0 | |

| | | | |
|---|--|------------|---|
| 3 | ปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สำคัญต่อพันธกิจและเป้าหมายของหน่วยงาน รายละเอียดตามแบบฟอร์มแนบท้าย | 1.0 | แบบรายงานการปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สำคัญต่อพันธกิจและเป้าหมายของหน่วยงานในระบบ E-PA |
| | รวมคะแนน | 1.0 | |
| 4 | วิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณล่วงหน้า ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 อย่างมีประสิทธิภาพ | | |
| | รายละเอียดของแผนคำของงบประมาณ | 1.0 | ภายในเวลาที่กำหนด |
| | รายจ่ายล่วงหน้า ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด และจัดส่งทันเวลาที่กำหนดตามปฏิทินการจัดทำคำขอ งบประมาณ* หมายเหตุ* จะมีหนังสือแจ้งให้ทราบ ภายหลัง ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 | 0.5 | ส่งล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนด ไม่เกิน 2 วัน |
| | รวมคะแนน | 1.0 | |
| 5 | รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ในระบบ PBMS และสรุปปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการปรับปรุงระบบบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน | | |
| | 1. บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ไตรมาสที่ 4 ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน การคิดคะแนน | 1.0 | 1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน 2) บทสรุปผู้บริหารฯ |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">รายการข้อมูล 1 X 100 รายการข้อมูล 2</p> </div> <p>รายการข้อมูล 1 จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS</p> <p>รายการข้อมูล 2 จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564</p> <p>2. บทสรุปผู้บริหาร ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสรุปปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการปรับปรุงระบบบริหารยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน</p> | 0.5 | 1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน 2) บทสรุปผู้บริหารฯ |
| | รวมคะแนน | 1.0 | |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- ดำเนินการการแจ้งเวียนหนังสือการจัดทำแผนค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2566 ให้ทุกกลุ่มงานทราบและดำเนินการตามกำหนดระยะเวลา
- ดำเนินการบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการโครงการ และรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบ PBMS (งบประมาณ / เงินบำรุง) โดยแบ่งเป็นงบประมาณ จำนวน 11 โครงการ งบเงินบำรุง จำนวน 56 โครงการ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยได้คะแนนร้อยละ 53.73
- ดำเนินการสรุปปัจจัยความสำเร็จและโอกาสการปรับปรุงระบบบริหารยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

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

ขั้นที่ 1 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 2563

ขั้นที่ 3 สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความคืบหน้าการดำเนินการ 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 และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (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 2563 |
| 3 | สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม |
| 4 | ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ e-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด |
| 5 | หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน ตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (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 :

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล |
|----------------|--|---|
| 1 | ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) |
| 2 | นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน/โครงการรองรับใน มิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money ภายในเดือนธันวาคม 2563 | แผนงาน/โครงการรองรับ ในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน คือ Happy Body, Happy Relax และ Happy Money |
| 3 | สื่อสารแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม | แบบฟอร์มรายงานแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3 |
| 4 | ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผล ความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ e-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด | แบบฟอร์มรายงานแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 4 |
| 5 | หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้านตามข้อ 2) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ e-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด | 1. แบบฟอร์มรายงานแผนงาน/โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 2. แผนงาน/โครงการโดดเด่นที่ได้รับความเห็นชอบและดำเนินการแล้วเสร็จ |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|---|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| ระดับความสำเร็จของการสร้าง องค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) | 2 | 5 | 5 | 0.1000 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข ((Happy DMS)
- นำผลวิเคราะห์ของแต่ละด้านของปี 2563 มาจัดทำแผนงาน / โครงการ ในปี 2564 โดยมีกิจกรรมดังนี้
 - กิจกรรมปฏิบัติธรรมนำสุข
 - กิจกรรมบริจาคโลหิตต่อชีวิตเพื่อนมนุษย์
 - กิจกรรมคัดเลือกบุคคลต้นแบบด้านการให้บริการที่ดี

| |
|---|
| <p>(4) กิจกรรม Relax Room</p> <p>(5) กิจกรรมก้าวทันการทำงานในยุคดิจิทัล</p> <p>(6) กิจกรรม ธรรมะในงาน ธรรมะในใจ</p> <p>3. ในปี 2562 และปี 2563 มีการประเมินความพึงพอใจ (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ของกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>4. มีการนำผลการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความพึงพอใจ (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ของปี 2562 และในปี 2563 ทำการเปรียบเทียบผลของแต่ละด้าน</p> <p>5. นำผลการวิเคราะห์ ในปี 2562 และ ปี 2563 แต่ละด้าน มาจัดทำแผนงาน/โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข ต่อในปี 2564</p> |
| <p>ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -</p> |
| <p>อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : เนื่องด้วยเกิดการระบาดของโรคโควิด - 19 จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมได้ทัน</p> |
| <p>ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -</p> |
| <p>หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร</p> |

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

- รอบ 9 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 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันโดยกองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหวทุก 2 เดือน

ความเคลื่อนไหว หมายถึง การจ้าง การลาออก การย้าย การเลื่อนค่าจ้างประจำปี ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขภายในหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|---|
| 1 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 2 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 3 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 4 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |
| 5 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน |

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร / หลักฐาน การประเมินผล |
|----------------|--|--|
| 1 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | 1. สำเนาคำสั่งฯ ที่ส่งผ่าน ระบบ Google form 2. วันที่ลงข้อมูลในระบบ HROPS |
| 2 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |
| 3 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |
| 4 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | |
| 5 | บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ ออกคำสั่ง 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

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

จำนวนข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ทั้งหมด

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

10

10

10

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

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกราาย 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) ทุกราาย หากพบข้อมูลบุคลากรไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ให้แจ้งมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันข้อมูลบุคลากรที่หน่วยงานต้องตรวจสอบและแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องส่งให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป (ชื่อ - สกุล/วัน เดือน ปี เกิด/เลขบัตรประจำตัวประชาชน/สถานภาพ/ครอบครัว/วันบรรจุเข้ารับราชการ/พันทดลอง/ประวัติการเลื่อนระดับ/เลื่อนเงินเดือน/ฯลฯ)

2) วุฒิการศึกษา/วุฒิปริญญาตรี/ใบประกอบวิชาชีพ (กรณีที่ได้รับวุฒิมหาวิทยาลัย/วุฒิปริญญาโทเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)

3) ประวัติการศึกษา/อบรมหลักสูตรต่าง ๆ (แนบเอกสารหลักฐานการผ่านหลักสูตรศึกษา/อบรมดังกล่าวด้วย)
ทั้งนี้ หากมีการแก้ไข เพิ่มเติม ส่งเอกสารหลักฐานให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการปรับปรุงข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล |
|------------|---|--|
| 1 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 7 วันทำการ (0 - 1.99 คะแนน) | - สำเนาใบระเบียบผลการเรียน (ทรานสคริป) - สำเนาใบรับรองวุฒิ/สำเนาใบปริญญาบัตร - สำเนาวุฒิปัตร์แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ/สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงาน |
| 2 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 6 วันทำการ (2.0-2.99 คะแนน) | พยาบาลที่ต่ออายุ |
| 3 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตร์/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 5 วันทำการ (3.0-3.99 คะแนน) | **หมายเหตุ : ลงลายมือชื่อและวันที่กำกับในเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ก่อนส่งให้กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลนั้น ๆ |

| | | |
|---|--|--|
| 4 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิบัตร/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 4 วันทำการ (4.0-4.99 คะแนน) | |
| 5 | ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิบัตร/ใบประกอบวิชาชีพ/การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 3 วันทำการ (5 คะแนน) | |

หมายเหตุ :

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

จำนวนข้อมูลที่ปรับปรุงสำเร็จภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5)

หมายถึง ข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขภายในระยะเวลาแต่ละระดับ

| | |
|-----------------|--|
| วิธีการคิดคะแนน | $\frac{((X1) \times (Y1)) + ((X2) \times (Y2)) + ((X3) \times (Y3)) + ((X4) \times (Y4)) + ((X5) \times (Y5))}{\text{จำนวนข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขทั้งหมด}}$ |
| ตัวอย่าง | $\frac{(1 \times 3) + (2 \times 0) + (3 \times 4) + (4 \times 0) + (5 \times 3)}{10 + 10 + 10} = \frac{3 + 0 + 12 + 0 + 15}{30} = 3 = 3 \text{ คะแนน}$ |

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก |
|--|------------------|----------------|----------------|---------------------|
| ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรม ฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | 2 | 5 | 5 | 0.1000 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการส่งข้อมูลการเพิ่มวุฒิใน ก.พ.7 การเพิ่มเงินเดือนตามวุฒิ การส่งใบประกอบวิชาชีพ ไปที่กรมการแพทย์ ภายใน 3 วันทำการ นับจากการได้รับหนังสือจากหน่วยงานภายใน

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 9 เดือน
 รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.3 Digital Reform (Digital Transformation)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
หัวหน้างานบริหารสารสนเทศ
ทางการแพทย์

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

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2413, 2417

คำอธิบาย :

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น Smart Hospital
กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนาระบบดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการและมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

คำนิยาม :

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม แนวทางการดำเนินงานดังนี้

1) Smart IT Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีวิเคราะห้จัดระดับความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน บริหารจัดการความเสี่ยง ติดตามประเมินควบคุมความเสี่ยงต่อเนื่อง

2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัลรูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาระบบดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการการลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา และมีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) โดยยึดแนวทาง EMRAM ของ HIMSS

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

Stage 0 : All three ancillaries not installed

- ไม่มีระบบหลัก 3 ระบบ คือ ระบบห้องแล็บ, ระบบห้องยา และระบบทางรังสีวิทยา

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

- มีระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 3 อย่าง ได้แก่ ระบบห้องแล็บ ระบบห้องยา และระบบทางรังสีวิทยา

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

- มี CDR ระบบฐานข้อมูลตาม Stage 1 ซึ่งสามารถส่งข้อมูลมาบันทึกในฐานข้อมูลนี้ได้ แพทย์สามารถเข้ามาดูข้อมูลเหล่านี้รวมถึงสามารถบันทึกข้อมูลที่เกิดจากการเขียนลงกระดาษแล้วสแกนได้

Stage 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

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

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

Stage 5 : Full R-PACS

- ระบบ PACS ที่เก็บข้อมูลได้จากอุปกรณ์ตรวจหลายชนิด support ไฟล์ DICOM และแพทย์จากหน่วยอื่นก็สามารถเข้าดูได้ผ่านระบบเครือข่าย

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

- แพทย์บันทึกข้อมูลเข้าระบบในผู้ป่วยในให้ได้อย่างน้อย 1 หน่วย เช่น บันทึก progress notes, consult notes, discharge summaries หรือ problem list & diagnosis list
- level 3 CDS variance and compliance alerts
- Closed loop medication administration แพทย์สั่งยา, เภสัชตรวจสอบความถูกต้องและออก barcode 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.

Stage 7 : Complete EMR, Data analytics to improve care

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

4) Smart Administration

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

เหมาะสม

5) Smart Outcome

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

เกณฑ์การประเมินผล :

| ประเด็น | รายละเอียด | คะแนน | หลักฐาน |
|---------|---|------------|---|
| 1 | Smart IT Infrastructure หน่วยบริการดำเนินการตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัย กรรมการแพทย์ (แบ่งตามขนาดของหน่วยบริการเป็น 3 ระดับ คือ S, M, L) | 1 | แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัย |
| 2 | Smart Tools 2.1 หน่วยบริการมีการใช้งานระบบงานสารบรรณแบบอิเล็กทรอนิกส์ (on Cloud) และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ของกรรมการแพทย์ได้ 2.2 หน่วยบริการส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายัง DMS Big Data แบบ Real Time | 0.5 0.5 | 2.1 ตรวจสอบจากระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ของกรรมการแพทย์ 2.2 ตรวจสอบจากระบบส่งข้อมูล 43 แฟ้ม |
| 3 | Smart Tools2 3.1 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการอย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 3.2 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ที่มีศักยภาพในการเชื่อมต่อ เข้าสู่ HIS ของโรงพยาบาลนั้นๆ อัตโนมัติ | 0.5 0.5 | 3.1-3.2 หน่วยบริการแนบ File ภาพ |
| 4 | Smart Services1 4.1 EMRAM ผ่านระดับ 4 4.2 มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) | 0.5 0.5 | 4.1 แบบประเมิน EMRAM 4.2 หน่วยบริการแนบ File ภาพใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ |
| 5 | Smart Services2 5.1 มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการจนถึงสิ้นสุดการให้บริการ ส่งให้ส่วนกลางกรรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 5.2 มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม | 0.5 0.5 | 5.1-5.2 หน่วยบริการแนบ File ภาพ |

หมายเหตุ 1 : สถาบันพยาธิวิทยา ใช้ประเด็นที่ 1 และ 2.1 ของกรณีที่ 1

หมายเหตุ 2 : ตัวชี้วัด ปี 2563 ที่ตัดออกแต่ยังคงต้องรายงานตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

(1) Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิวรอรับบริการในจุดที่เหมาะสมเพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการและหน้าห้องตรวจ

(2) ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

(3) มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

| ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก |
|--|---------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| Digital Reform (Digital Transformation) | 8 | 5 | 5 | 0.4000 |

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้วิเคราะห์และบริหารความเสี่ยงของ data center จนผ่านการประเมิน ISO27001 : 2013 เมื่อปี 2562 และต่ออายุใบรับรองในปี 2563
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติสามารถใช้งานระบบงานสารบรรณแบบอิเล็กทรอนิกส์ (on Cloud) และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ของกรมการแพทย์ได้
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติสามารถส่งข้อมูล 43 แฟ้มมายัง DMS Big Data แบบ Real Time
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีหน้าจอคิวเข้าตรวจที่หน้าคลินิกทุกแห่ง
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีเครื่องวัดความดันโลหิต ที่เชื่อมต่อกับระบบโรงพยาบาล
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติใช้ระบบการสั่งยาแบบCOPE (computerized order entry) และ แพทย์แผนกต่าง ๆ สามารถเข้าดูระบบ PACS ได้ (EMRAM 5)
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติจัดเก็บข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบการนัดหมายแบบเหลือมเวลา เพื่อลดการแออัดของผู้ป่วย

ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ความพร้อม ความตื่นตัว และความร่วมมือของบุคลากรในสถาบันมะเร็งแห่งชาติในการปรับเปลี่ยนระบบงานเป็นแบบดิจิทัล

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

จำนวนบุคลากรที่มีความชำนาญด้าน IT, กระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ที่มีความล่าช้าไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

หลักฐานอ้างอิง : มีไฟล์เอกสาร

