

รายงานผลการดำเนินงาน ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 รอบ 12 เดือน



กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
ภารกิจด้านอำนวยการ

ตารางสรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัดผล	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงานที่ประเมินตนเอง			ผลการดำเนินงานที่ผ่านการตรวจสอบ			
			1	2	3	4	5	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล														
1.1	ทิศทางการวิชาการ (Research /TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	15	0.01 - 1.00	1.01 - 2.00	2.01 - 3.00	3.01 - 4.00	4.01 - 5.00	5	5	0.7500	5	5	0.7500
องค์ประกอบที่ 1	การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ	ร้อยละ	25	1	2	3	4	5	5	5	1.2500	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	2	3	4	5	5	5	1.2500	5	5	1.2500
องค์ประกอบที่ 4	โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ	ร้อยละ	10	1	2	3	4	5	5	5	0.5000	5	5	0.5000
องค์ประกอบที่ 5	การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ	ร้อยละ	15	1	2	3	4	5	5	5	0.7500	5	5	0.7500
1.2	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	ร้อยละ	15	0.00 - 0.00	0.00 - 0.00	1.00 - 2.99	3.00 - 3.99	4.00 - 5.00	5	5	0.7500	5	5	0.7500
1.3	ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	ร้อยละ	10	0.00-1.00	1.01-2.00	2.01-3.00	3.01-4.00	4.01-5.00	5	5	0.5000	5	5	0.5000
องค์ประกอบที่ 1	โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)	ร้อยละ	20	1	2	3	4	5	5	5	1.0000	5	5	1.0000
องค์ประกอบที่ 2	การพัฒนานวัตกรรม (Development)	ร้อยละ	50	1	2	3	4	5	5	5	2.5000	5	5	2.5000
องค์ประกอบที่ 3	การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement)	ร้อยละ	30	1	2	3	4	5	5	5	1.5000	5	5	1.5000
1.4	ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ	ร้อยละ	10	1	2	3	4	5	5	5	0.5000	5	5	0.5000
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพ														
2.1	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	5	1	2	3	4	5	5	5	0.2500	5	5	0.2500
2.2	ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ	ร้อยละ	5	1	2	3	4	5	5	5	0.2500	5	5	0.2500
2.4	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	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	ร้อยละ	5	68	72	76	80	84	89.41	5.00	0.2500	93.22	5.00	0.2500
3.2	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	ร้อยละ	2	64	68	72	76	80	100.00	5.00	0.1000	100	5.00	0.1000
3.3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการ ประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	ร้อยละ	3	1	2	3	4	5	5	5	0.1500	5	5	0.1500
มิติที่ 4 มิติด้านพัฒนาองค์กร														
4.1	ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	ร้อยละ	6	1	2	3	4	5	5	5	0.3000	5	5	0.3000
4.2	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HR Scorecard)	ร้อยละ	11								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	4	1	2	3	4	5	5	5	0.2000	5	5	0.2000
4.2.3	ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	ร้อยละ	5	1	2	3	4	5	5	5	0.2500	5	5	0.2500
4.3	Digital Transformation	ร้อยละ	8								0.0000			
กรณีที่ 1	ร้อยละของการดำเนินการตาม 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 25 สิงหาคม 2566

ผู้รายงาน นางสาวขวัญฤทัย ศุภการ หน่วยงาน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

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

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) <input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 1.1 ทิศทางงานวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและแพทยศาสตรศึกษา	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2219	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414
คำอธิบาย : <p>พันธกิจที่สำคัญของกรมการแพทย์ คือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co-Creation) ทางวิชาการและบริการทางการแพทย์ในทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศสู่มาตรฐานสากล โดยกรมการแพทย์มียุทธศาสตร์ในการสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ หน่วยงานต้องมีทิศทางของงานวิชาการแบบมุ่งเป้าเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ ดังนั้น การพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ การวิจัยที่มีเป้าหมายและแนวทางชัดเจนสามารถตอบสนองต่อความต้องการสู่การแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ ซึ่งควรมีการจัดโครงสร้างการจัดทำแผนงานวิชาการที่ชัดเจน มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิชาการที่สำคัญ สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่สำคัญของประเทศได้ และที่สำคัญคือการติดตามความก้าวหน้าของแผนงานวิชาการโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสม จึงจะสามารถทำให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์มีการพัฒนางานวิชาการที่มีคุณภาพพัฒนาความเป็นเลิศของหน่วยงานสู่ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Centers of Excellence / National Institutes) เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและนำไปใช้ประโยชน์ได้</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (milestone) แบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจาก 5 องค์ประกอบดังนี้</p>	
1. การกำหนดทิศทางงานวิชาการสู่ความสำเร็จ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
2. ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
3. การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์	(น้ำหนัก : ร้อยละ 25)
4. โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)
5. การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ	(น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดทิศทางการวิชาการสู่ความสำเร็จ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	คณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของหน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมายเป็นผลผลิตงานวิชาการ
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

คำอธิบาย :

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

ทิศทางการวิชาการ (Academic Direction) หมายถึง ลักษณะหรือแนวทางการทำงานวิชาการที่มุ่งไปสู่สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หากดำเนินการไปตามแนวทางนี้ ความคาดหวังไม่เพียงแต่เป็นรูปธรรมที่เป็นตัวเลขที่กำหนดไว้ แต่ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านสุขภาพโดยลำดับ

แผนงานวิชาการ หมายถึง แผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่หน่วยงานรับผิดชอบ นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการวิชาการในช่วงระยะเวลา 1 – 3 ปีหรือมากกว่าและมีการติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามทิศทางการวิชาการของหน่วยงาน แล้วนำมาหนดศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนางานวิชาการ เช่น โครงการวิจัยเดี่ยว หรือชุดโครงการวิจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีลักษณะบูรณาการเป็นการวิจัยที่เป็นสหสาขาวิชาการ รวมทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงการพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) โดยงานวิชาการทั้งหมดเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะนำผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างชัดเจนตามแผนงานวิชาการที่ถูกกำหนดขึ้น

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	คณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของ หน่วยงานกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนางาน วิชาการของหน่วยงาน	- สำเนาคำสั่งคณะกรรมการบริหาร / คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน - รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด นโยบาย ทิศทางการพัฒนางานวิชาการของ หน่วยงาน
2	จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของ หน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นแนว ทางการดำเนินการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทาง การแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้ผลงานที่สามารถนำไปจัดทำข้อเสนอเชิง นโยบายในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ตามภารกิจของหน่วยงานหรือศูนย์ ความเป็นเลิศเฉพาะทางที่หน่วยงานรับผิดชอบ	- แผนยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของ หน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - โครงการงานวิชาการตามค่านิยมและ อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนงานวิชาการของ หน่วยงานที่ดำเนินการในปีงบประมาณพ.ศ. 2566
3	ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ (ในความสำเร็จระดับที่ 2) โดยมีเป้าหมาย เป็นผลผลิตงานวิชาการ	- รายงานผลการดำเนินการรายไตรมาสตาม แผนปฏิบัติการรายโครงการในแผน ยุทธศาสตร์ / แผนงานวิชาการของหน่วยงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
4	วิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามแผนงานและ ทิศทางการวิจัย (Research Mapping) ของหน่วยงาน	- รายงานการวิเคราะห์การดำเนินงานผลงาน วิชาการมีความสอดคล้องกับบริบทของ หน่วยงาน / COE โดยผ่านการพิจารณาจากคณะ กรรมการบริหารของหน่วยงาน
5	วิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของ หน่วยงาน 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทาง การพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงาน วิชาการและทิศทางการวิจัยของหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	- รายงานผลการวิเคราะห์ผลกระทบผลงาน วิชาการของหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี (2564 - 2566) และข้อเสนอแนวทางการพัฒนางาน วิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและ ทิศทางการวิจัยของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 1)

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

2. หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สามารถผลิตงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน หรือกรณีวิกฤตของประเทศได้ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

3. สนับสนุนการรวมกลุ่มนักวิชาการและทรัพยากรในการดำเนินงานวิชาการ เช่น หน่วยงานปฏิบัติการวิจัยเชี่ยวชาญ เฉพาะ เพื่อสร้างทีมวิจัยและความเป็นเลิศทางการวิจัยเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะด้าน

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ สามารถสร้างผลงานวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research) งานประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology Assessment) และงานพัฒนารูปแบบงานบริการ (Model Development) ที่สามารถนำไปประโยชน์เชิงนโยบายในระดับประเทศได้อย่างเหมาะสม

5. สนับสนุนงานวิชาการที่เป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากผลผลิตงานวิจัย เพื่อขยายผลสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงนโยบายและได้รับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์

2. เป้าประสงค์ที่ 1 การแพทย์ของประเทศที่เป็นเลิศและสมคุณค่า (Value Based Medical Service)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือการกำหนดทิศทางการวิจัยตามคำรับรองปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

2. ดำเนินการประชุมจัดทำ (ร่าง) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ 2566 – 2576 (NCCP)

3. ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ (ด้านวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์) รอบที่ 1/2566

4. ดำเนินการวิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามทิศทางงานวิจัย

– โครงการวิจัยตามนโยบายเร่งด่วนของกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข

– โครงการวิจัยตามนโยบายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

5. ดำเนินการสรุปผลการวิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี (2564 – 2566) และข้อเสนอแนวทางพัฒนางานวิชาการให้สอดคล้องกับแผนงานวิชาการและทิศทางงานวิจัยของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. วาระการประชุมจัดทำ (ร่าง) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ 2566 – 2576 (NCCP)
2. แบบติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ข้อมูล ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566)
3. เอกสารการดำเนินการวิเคราะห์ผลงานวิชาการที่เป็นไปตามทิศทางการวิจัย
4. ผลงานวิชาการที่เผยแพร่
5. ผลงานวิชาการสู่การใช้งานได้จริง
6. รายงานผลการวิเคราะห์ผลกระทบผลงานวิชาการของหน่วยงานย้อนหลัง 3 ปี (2564 – 2566) และข้อเสนอแนะทางพัฒนางาน
7. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2566

องค์ประกอบที่ 2 ระบบการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

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

คำอธิบาย:

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

ระบบบริหารจัดการงานวิชาการ หมายถึง ระบบส่งเสริม สนับสนุน และติดตามงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบครบวงจร เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยมีการสร้างหรือระบบรองรับการดำเนินการอย่างชัดเจน

ระบบสนับสนุนงานวิชาการ หมายถึง การพัฒนาบุคลากรด้านงานวิจัย การจัดหาแหล่งทุน การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการวิจัย หรือศูนย์วิจัยทางคลินิก การให้คำปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ การสนับสนุนและผลักดันการนำผลงานด้านวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรม และการส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ การสนับสนุนงานวิจัยสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์ รวมทั้งระบบสร้างแรงจูงใจ

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

ระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ หมายถึง หน่วยงานมีคณะกรรมการจริยธรรมในคน หรือคณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนองานวิชาการของหน่วยงาน และหากหน่วยงานใดไม่มีคณะกรรมการจริยธรรมในคนของหน่วยงาน แต่มีระบบหรือมาตรการในการจัดการคุณภาพงานวิชาการก่อนการดำเนินการ

เกณฑ์ภาระงาน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำ / แบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) และงานวิชาการอื่น ๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน โดยมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร เช่นรายงานการประชุม การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน / กลุ่มงาน / แบบสรุปผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	มีระบบการจัดการคุณภาพงานวิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> - สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัย หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ - แผนงานสนับสนุนงานวิชาการของหน่วยงาน - แผนพัฒนาการวิจัย ผลงานวิชาการ / แผนการติดตาม นิเทศ กำกับงานวิชาการ / แผนพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการ
2	กลุ่มงาน / ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนงานวิชาการของบุคลากรในสังกัด (ให้สามารถดำเนินโครงการตามแผนจนเสร็จ)	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน / กลุ่มงานวิชาการ / - กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของหน่วยงานที่มีการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงาน
3	จัดทำเกณฑ์การประเมินภาระงาน โดยแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย(research) และงานวิชาการอื่น ๆ (academic) ในระดับบุคลากรให้ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารรายงานการแบ่งสัดส่วนงานบริการ (service) งานวิจัย (research) ที่ชัดเจน โดยบรรจุอยู่ในรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล / รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร - แผนพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการของหน่วยงาน
4	มีระบบการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานวิชาการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไปตามเป้าหมาย รวมถึงการนำผลงานไปใช้ประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร - รายงานผลการดำเนินงานผลงานวิชาการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - รายงานการนิเทศ ติดตาม หรือรายงานการประชุมที่นำเสนอให้คณะกรรมการ / คณะกรรมการวิจัยรับทราบ
5	มีรายงานผลการดำเนินงานของกลุ่มงาน / ฝ่ายที่ดูแลงานวิชาการ เพื่อรายงานการบริหารจัดการงานวิชาการของหน่วยงานเป็นรายไตรมาส และประจำปี	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการโครงการวิชาการรายไตรมาส / ประจำปี และมีการนำเสนอคณะกรรมการบริหารรับทราบ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 2)

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

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
3. แผนปฏิบัติราชการเรื่อง
 1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
 2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. ดำเนินการจัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือการกำหนดทิศทางการวิจัยตามคำรับรองปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3. ดำเนินการจัดทำแบบบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติราชการรายบุคคล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รอบการประเมินที่ 1/2566
4. ดำเนินการจัดทำสรุปรายงานการประชุมผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 5 / 2565

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง EC ล่าสุด
2. สำเนาคำสั่งแต่งตั้ง คลินิกวิจัย ชุดใหญ่
3. สำเนาคำสั่งแต่งตั้งวิจัย
4. สำเนาคำสั่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ 213 ปี 2565
5. รายงานการประชุมเพื่อปรึกษาหารือการกำหนดทิศทางการวิจัยตามคำรับรองปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
6. บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติราชการรายบุคคล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

7. สรุปรายงานการประชุมผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 5 / 2565
8. การติดตามรายงานผลการดำเนินงานโครงการ
9. รายงานความก้าวหน้าโครงการเงินงบประมาณ
10. สรุปรายงานการประชุมผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการผลงานวิชาการเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (น้ำหนัก : ร้อยละ 25)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอ</u> ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม</u>
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 1 โครงการ</u>)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 2 โครงการ</u>) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 3 โครงการ</u>) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ</u>

หมายเหตุ : ผลงานวิชาการอาจเป็นผลงานใหม่ หรือผลงานต่อเนื่องที่ยังดำเนินการอยู่ สามารถนำมาอ้างอิงได้

คำอธิบาย :

ผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานที่ได้จากการวิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการนำผลงานการวิจัย นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการเรียนการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย หมายถึง ผลผลิตงานวิชาการที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณะนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในหลายระดับ ส่งผลให้ประชาชนไทยเฉพาะกลุ่ม หรือภาพรวมมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการวินิจฉัยการดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคที่เหมาะสมในประเทศไทย โดยมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกับประชาชน

การนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ หมายถึง ผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนาและเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ เช่น อาหารพิเศษเฉพาะโรค สารออกฤทธิ์สกัดจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาผ่านงานวิจัยทางคลินิก เวชสำอาง หรือเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ หรือชุดตรวจสอบการวินิจฉัยโรคเป็นต้น รวมถึงนวัตกรรมงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ หรือนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอ</u> ผู้บริหารให้เห็นแนวทางในการนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์	- รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร / กลุ่มงานที่นำเสนอข้อเสนอแนะ / แนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ / เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานไปใช้ประโยชน์ในระดับหน่วยงาน
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 1 โครงการ</u>)	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ / เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 1 โครงการ</u>)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 2 โครงการ</u>) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>	- รายงานการนำผลงานวิชาการของหน่วยงานนำไปพัฒนา และประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 2 โครงการ</u>) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการ</u>
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 3 โครงการ</u>) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ</u>	- รายงานการนำเสนอผลงานวิชาการที่ไปประกาศใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ เชิงนโยบาย / เชิงสาธารณะ / เชิงพาณิชย์ (<u>อย่างน้อย 3 โครงการ</u>) <u>โดยต้องเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 1 โครงการและโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการ (Model development) 1 โครงการ</u>

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัด (องค์ประกอบที่ 3)

ประเด็นคุณค่าของผลงานวิชาการที่สามารถนำไปพัฒนา นำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยงานและ / หรือหน่วยงานอื่น และ / หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือเชิงสาธารณะ หรือเชิงพาณิชย์

สอดคล้องกับ

1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์
2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า
3. แผนปฏิบัติราชการเรื่อง

1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง
2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำสรุปรายงานการประชุมผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 5 / 2565
2. ดำเนินการจัดทำผลงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ปี 2563 – 2565
3. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่สามารถนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการ เภสัชวิทยา หรือเชิงสาธารณสุข หรือเชิงพาณิชย์ได้
 - เรื่อง Cost-effectiveness analysis of laparoscopic
 - Model development งานวิจัย การตรวจ HPV test

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. สรุปรายงานการประชุมผู้บริหารสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 5 / 2565
2. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
3. Cost-effectiveness analysis of laparoscopic
4. Model development งานวิจัย การตรวจ HPV test

องค์ประกอบที่ 4 โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณดำเนินการจากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ
(น้ำหนัก : ร้อยละ 10)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> จากแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการใน ปีงบประมาณ 2565
2	มีโครงการวิจัยที่ <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน ดังนี้ – <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 (0.5 คะแนน)
3	– <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2567 (0.5 คะแนน)
4	มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566
5	โครงการวิจัยที่ได้รับงบประมาณจากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 <u>มีการดำเนินงานตาม แผน</u> อย่างน้อย 1 โครงการ

คำอธิบาย :

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ หมายถึง แหล่งทุนที่สนับสนุนงบประมาณ / ทุน สำหรับการดำเนินงาน
โครงการวิจัยทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ
นวัตกรรม (สกสว.) / สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) / สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) / องค์การเภสัชกรรม (GPO) / องค์การอนามัยโลก (WHO) / กองทุนสนับสนุน
งานวิชาการ กรมการแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้ แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ ไม่นับรวมเงินบำรุงของหน่วยงาน

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> จากแหล่งทุน สนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2565	– สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณ ปี 2565 ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)
2	มีโครงการวิจัยที่ <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจาก ทุกแหล่งทุน ดังนี้ – <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่ง ทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566 (0.5 คะแนน)	– สำเนาหนังสือเสนอของบประมาณ ปี 2567ของ โครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) หรือหนังสือเสนอของบประมาณ ปี 2566 แหล่งทุนอื่นอย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการ ต่อเนื่องได้)

	- <u>เสนอของบประมาณ</u> สนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2567 (0.5 คะแนน)	- สำเนาหนังสือเสนอขอของงบประมาณ ปี 2567ของโครงการวิจัยที่เสนอผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) อย่างน้อย 1 โครงการ (นับโครงการต่อเนื่องได้)
3	มีโครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> สนับสนุนจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการในปีงบประมาณ 2566	- สำเนาหนังสือแจ้งผลการได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากทุกแหล่งทุน อย่างน้อย 1 โครงการ ในปีงบประมาณ 2566
4	โครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> จากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 <u>มีการดำเนินงานตามแผน</u> อย่างน้อย 1 โครงการ	- สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณกรมการแพทย์ ปี 2566 สำหรับโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากทุกแหล่งทุน และมีสำเนาการดำเนินการตามแผน อย่างน้อย 1 โครงการ เช่น การผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน
5	โครงการวิจัยที่ <u>ได้รับงบประมาณ</u> จากทุกแหล่งทุน ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงานตามแผน และ <u>รายงานความก้าวหน้าในระบบตามที่แหล่งทุนกำหนด</u> อย่างน้อย 1 โครงการ	- สำเนาหนังสือจัดสรรงบประมาณกรมการแพทย์ ปี 2566 สำหรับโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากทุกแหล่งทุนมีการดำเนินการตามแผน เช่น สำเนาการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน และมีสำเนา / Print screen การรายงานความก้าวหน้าในระบบของแหล่งทุนนั้น ๆ อย่างน้อย 1 โครงการ

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมการแพทย์ จำนวน 6 โครงการ
2. ดำเนินการส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอของงบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2565
3. ดำเนินการส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอของงบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2566
4. ดำเนินการส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอของงบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2567
5. ดำเนินการส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์
6. ดำเนินการจัดทำข้อมูลติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณกองทุนสนับสนุนงาน

วิชาการ กรมการแพทย์

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. รายละเอียดแผนจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมการแพทย์ งบประมาณโครงการ
2. หนังสือขอส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอของบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2565
3. หนังสือขอส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอของบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2566
4. หนังสือขอส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอของบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2567
5. หนังสือขอส่งโครงการวิจัยเพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์
6. แบบติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัยที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

องค์ประกอบที่ 5 การเผยแพร่ผลงานวิชาการสู่สาธารณะ (น้ำหนัก : ร้อยละ 15)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ / หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ <u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor)</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ย้อนหลังได้ 2 ปี นับจากปีที่ได้ตีพิมพ์)

คำอธิบาย :

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

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร / หลักฐานประกอบ
1	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน	- Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน
2	ผลงานวิชาการของหน่วยงานเผยแพร่บน <u>เว็บไซต์</u> ของหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์)	- Print screen หน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานและหน่วยงานอื่น (ทั้งในหรือนอกกรมการแพทย์) ที่เผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน
3	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน นำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับประเทศอย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
4	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศ</u> อย่างน้อย 1 เรื่อง (ปีปัจจุบัน)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน ตีพิมพ์วารสารทางการแพทย์ในประเทศอย่างน้อย 1 โครงการ (ปีปัจจุบัน)
5	ผลงานวิชาการของหน่วยงาน <u>นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ</u> และ / หรือ <u>ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ต่างประเทศ</u> หรือ	- เอกสารการเผยแพร่ผลงานวิชาการของหน่วยงาน นำเสนอในที่ประชุมวิชาการต่างประเทศ และ / หรือ ตีพิมพ์ในวารสารทาง

	<p><u>วารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor) อย่างน้อย 1 เรื่อง (ย้อนหลังได้ 2 ปี นับจากปีที่ได้ตีพิมพ์)</u></p>	<p>การแพทย์ต่างประเทศ หรือวารสารทางการแพทย์ไทยที่เป็นที่ยอมรับ (TCI Gr1 / มี Impact factor) อย่างน้อย 1 โครงการ (ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2564 – 2566)</p>
<p>สอดคล้องกับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิสัยทัศน์และพันธกิจของกรมการแพทย์ 2. เป้าประสงค์ที่ 1 Value Based Medical Service การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า 3. แผนปฏิบัติการเรื่อง <ol style="list-style-type: none"> 1. DMS Academic Hub เป็นศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง 2. Exponential Medical Innovation เป็นสถาบันที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดดในการคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ <p>(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงาน และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกกรมการแพทย์ 3. เข้าร่วมนำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 15 4. ดำเนินการจัดทำผลงานวิชาการที่นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ 5. ดำเนินการส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรคมะเร็ง 6. ดำเนินการจัดทำตีพิมพ์ผลงานและเผยแพร่ระดับนานาชาติ ปี 2564 – 2565 <p>(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -</p> <p>(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -</p> <p>(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -</p> <p>(5) หลักฐานอ้างอิง :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. print screen ผลงานวิชาการของหน่วยงาน ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2. print screen ผลงานวิชาการของหน่วยงาน เผยแพร่บนเว็บไซต์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกกรมการแพทย์ 3. เอกสารตอบรับการนำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 15 4. รายละเอียดผลงานวิชาการที่นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ 5. หนังสือแจ้งผลการส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรคมะเร็ง 6. รายละเอียดผลงานตีพิมพ์และเผยแพร่ระดับนานาชาติ ปี 2564 – 2565 		

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 $4 \times 0.25 = 1.00$
- องค์ประกอบที่ 2 $5 \times 0.25 = 1.25$
- องค์ประกอบที่ 3 $5 \times 0.25 = 1.25$
- องค์ประกอบที่ 4 $5 \times 0.10 = 0.50$
- องค์ประกอบที่ 5 $5 \times 0.15 = 0.75$

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ทิศทางการวิชาการ (Research / TA / CPG / MD) เพื่อนำไปใช้ ประโยชน์	15	5	5	0.7500

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

- (1) รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
- (2) รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและแพทยศาสตรศึกษา

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

- 1.1 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ (2207)
- 1.2 หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
 - งานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (2416)
- 1.3 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ (2207)
- 2.1, 2.2 หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 2.3 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์
 - งานพัฒนาแผนและนโยบาย (1405)
- 3.1, 3.2 หัวหน้ากลุ่มงานแพทยศาสตรศึกษาและฝึกอบรม
 - งานประสานฝึกอบรม
- หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
 - งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ
- 4.1 หัวหน้ากลุ่มงานแพทยศาสตรศึกษาและฝึกอบรม
 - งานประสานฝึกอบรม
- หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ
 - งานพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ
- หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
 - งานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 4.2 หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์
 - งานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 5 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์
 - งานพัฒนาแผนและนโยบาย
 - งานพัฒนาระบบสุขภาพ
- 6.1 รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ (1555)
- 6.2 กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล (1521)

คำอธิบาย :

ตามที่แผนปฏิบัติราชการปี 2566 – 2570 กรมการแพทย์กำหนดกลยุทธ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence : COE) ทั้ง 15 ด้าน ของกรมการแพทย์ ได้แก่ด้านจักษุวิทยา ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านระบบประสาท ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านทันตกรรม และด้านโรคเด็ก

มีการกำหนดเกณฑ์การประเมิน COE ใหม่ เป็น 6 มิติ ประกอบด้วย

- (1) Comprehensive health care & High technology transfer
- (2) Research and Development
- (3) Training and Reference
- (4) Collaboration Network
- (5) Policy Advocacy
- (6) ระบบสนับสนุน

โดยกำหนดระดับคะแนนใช้ในการพัฒนางาน COE ของกรมการแพทย์ และสถาบันโดยปรับระดับคะแนนให้มีการตอบสนองระบบการทำงานของหน่วยงานส่วนกลาง บูรณาการร่วมมือประสานสนับสนุน COE ตามความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลักดันให้เป็นองค์กรทางการแพทย์ระดับชาติทัดเทียมระดับสากลโดยระดับความสำเร็จของการพัฒนา ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จะเป็นความท้าทายของหน่วยงานในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนครอบคลุม 6 มิติ

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของหน่วยงานและหน่วยงานสนับสนุนในการพัฒนาให้ดำเนินการได้ครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุม 6 มิติ มีค่าเฉลี่ยภาพรวมใน 6 มิติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติมากกว่า 4 ภายใน 3 ปี สำหรับหน่วยงานที่มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์นอกเหนือจากบทบาทหลักตามกฎกระทรวงฯ ทั้ง 15 ด้าน แล้วหากต้องการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ สามารถทำข้อตกลงโดยกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ต้องการดำเนินการเพิ่มเติมได้ เพื่อประเมินศักยภาพและโอกาสในการพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านนั้น ๆ ต่อไป

ตารางผลคะแนนเฉลี่ย Overall scoring เทียบระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	ผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบ (คะแนน)	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	-	-
2	-	-
3	1.00 – 1.99	1.00 - 2.99
4	2.00 – 2.99	3.00 - 3.99
5	3.00 ขึ้นไป	4.00 ขึ้นไป

คะแนนเป้าหมายของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

กำหนดเป็น 6 มิติ เพื่อใช้ประเมินการพัฒนาศักยภาพของ COE กรมการแพทย์ ปี 2566

มิติในการประเมิน	ค่าคะแนนเฉลี่ย แต่ละมิติ		ค่าน้ำหนัก คะแนน
	6 เดือน	12 เดือน	
มิติที่ 1 Comprehensive health care & High technology transfer	3	4	15%
มิติที่ 2 Research and Development	3	4	15%
มิติที่ 3 Training and Reference	3	4	15%
มิติที่ 4 Collaboration Network	3	4	15%
มิติที่ 5 Policy Advocacy	3	4	20%
มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน	3	4	20%

**มิติที่ 1 การจัดการบริการทางการแพทย์อย่างครบถ้วนแบบไร้รอยต่อ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์
(Comprehensive health care & High technology transfer) (ร้อยละ 15)**

การจัดการบริการทางการแพทย์อย่างครบถ้วนแบบไร้รอยต่อ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นการจัดการที่ครอบคลุมการดูแลในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ถึงระดับตติยภูมิ มีการวางแผนหรือกระบวนการที่ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล และการรับส่งต่อ หรือส่งกลับ โดยประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีจุดหรือหน่วยบริการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องผ่านไปใช้บริการ (Touch points) ตั้งแต่ต้นจนจบ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 1 Comprehensive health care & High technology transfer					
1.1	Super tertiary การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า	มีการวัดและประเมินตัวชี้วัดด้านกระบวนการ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ	มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคุณภาพกับสถาบันอื่นในระดับเดียวกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ	มีผลลัพธ์เชิงคุณภาพเป็นต้นแบบของประเทศและเทียบเคียงกับมาตรฐานวิชาชีพหรือดีกว่าต่างประเทศ	High technology ให้รวม Precision Medicine หรืออื่น ๆ ในอนาคตตามบริบทที่กรมการแพทย์หรือ COE วางไว้ในอนาคต
1.2	Referral : การรับส่งต่อ (ประสิทธิภาพของการ refer)	มีแนวทาง/ระบบในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายกรมการแพทย์หรือในกระทรวง	มีระบบและนวัตกรรมที่สนับสนุนการรับ-ส่งต่อในเครือข่ายนอกกระทรวง	มีระบบและนวัตกรรมที่สนับสนุนการรับ-ส่งต่อ และเป็นตัวอย่างใน	

		สาธารณสุข	สาธารณสุข หรือในประเทศ	เครือข่ายใน ประเทศ	
1.3	Comprehensive health care	มีการให้บริการดูแลสุขภาพเฉพาะโรคตาม COE เฉพาะด้านยังไม่ครบถ้วน และต้องพัฒนา รูปแบบบริการให้ถึงเป้าหมาย	มีการให้บริการดูแลสุขภาพเฉพาะโรคตาม COE เฉพาะด้านอย่างครบถ้วน แต่รูปแบบการให้บริการยังขาด Patient journey ที่ดี	มีการให้บริการดูแลสุขภาพเฉพาะโรคตาม COE เฉพาะด้านอย่างครบถ้วน และมีรูปแบบการให้บริการอย่าง Premium ทุกสิทธิการรักษาโดยคำนึงถึง Patient journey ที่ดี เช่น ระบบติดตามอาการ ระบบคิวเวลา ระบบ Confirm นัด ระบบ One stop service เป็นต้น	ความครบถ้วน คือ การให้บริการที่ครบวงจรตามบริบทของแต่ละ COE เช่นเดียวกับการบริการ Super tertiary ที่ต้องกำหนดการประเมินคุณภาพตามบริบทของ COE

หมายเหตุ

1. Scoring system ใช้ประเมินศักยภาพของ COE เพื่อพัฒนางานของ COE ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละ COE โดยเฉพาะมิติที่ 1 Comprehensive health care & High technology transfer ข้อ 1.1 Super tertiary ต้องมีการจัดทำมาตรฐานของแต่ละ COE และ commit กับกรมการแพทย์เพื่อการประเมิน และมีการประเมินก่อนและหลังพัฒนา เพื่อประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาว่ามีศักยภาพในการพัฒนาอย่างไร
2. ค่ามาตรฐานต้องมี Evidence – based support ที่เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศหรือในระดับสากล ต้องระบุค่ามาตรฐาน และผลลัพธ์การดำเนินการให้ชัดเจนด้วย
3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านเดียวกัน ควรใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน
4. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

ข้อ 1.1 Score 5

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้บริการรักษาโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อนในระดับตติยภูมิหรือสูงกว่าตามมาตรฐานแนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพิจารณา ใช้ในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม พร้อมด้วยการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ ให้มีความชำนาญและเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้ดำเนินการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ และมีผลลัพธ์เชิงคุณภาพเป็นต้นแบบของประเทศและเทียบเคียงกับมาตรฐานวิชาชีพ โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. มีการวัดและประเมินตัวชี้วัดด้านกระบวนการผลลัพธ์เชิงคุณภาพ
2. มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคุณภาพกับสถาบันอื่นในระดับเดียวกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. มีผลลัพธ์เชิงคุณภาพเป็นต้นแบบของประเทศและเทียบเคียงกับมาตรฐานวิชาชีพ

การดำเนินงาน รอบ 6 เดือน

ตัวชี้วัดเชิง Outcome 3 ตัวชี้วัด

- (1) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตามระยะโรค
- (2) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- (3) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งตามระยะโรค	มะเร็งเต้านม		มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		มะเร็งปากมดลูก	
	NCI	UK	NCI	AJCC	NCI	UK
ระยะที่ 1	100%	97.6%	90.9%	88.6%	85.5%	95.0%
ระยะที่ 2	96.0%	89.6%	90.0%	70.5%	67.0%	70.0%
ระยะที่ 3	83.3%	72.0%	79.5%	50.5%	51.6%	40.0%
ระยะที่ 4	12.5%	26.4%	26.3%	15.0%	22.0%	15.0%

ตัวชี้วัดเชิง Process 2 ตัวชี้วัด

- (1) ระยะเวลาการรอดตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลแมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป ไม่เกิน 2 สัปดาห์
 - BI-RADS 4 = 1.57 วัน
 - BI-RADS 5 = 1.43 วัน
 - BI-RADS 6 = 1.17 วัน
 - BI-RADS 4-6 = 1.50 วัน
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 88.11

ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety 2 ตัวชี้วัด

- (1) ร้อยละการเกิดภาวะ Infusion Reaction จากการบริหารยาเคมีบำบัด ระดับความรุนแรง \leq grade 2 = สถิติการเกิด Infusion Reaction พบ 143 ราย จากการบริหารยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด 3,959 visits คิดเป็น ร้อยละ 3.61 (โดยจะเกิด Grade3 = 1.40% และ Grade 2 = 87.41%)
- (2) ร้อยละการเกิด radiation cystitis and proctitis หลังการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน = ร้อยละ 1.12 (1/89 ราย)

การดำเนินงาน รอบ 9 เดือน

ตัวชี้วัดเชิง Outcome 3 ตัวชี้วัด

- (1) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตามระยะโรค
- (2) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- (3) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งตามระยะโรค	มะเร็งเต้านม	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งปากมดลูก
	NCI	NCI	NCI
ระยะที่ 1	100%	90.9%	85.5%
ระยะที่ 2	96.0%	90.0%	67.0%
ระยะที่ 3	83.3%	79.5%	51.6%
ระยะที่ 4	12.5%	26.3%	22.0%

ตัวชี้วัดเชิง Process 2 ตัวชี้วัด

- (1) ระยะเวลาการรอดตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลแมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป ไม่เกิน 2 สัปดาห์
 - BI-RADS 4 = 1.57 วัน
 - BI-RADS 5 = 1.43 วัน
 - BI-RADS 6 = 1.17 วัน
 - BI-RADS 4-6 = 1.50 วัน
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 93.50 (ต.ค. 65 – เม.ย. 66)

ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety 2 ตัวชี้วัด

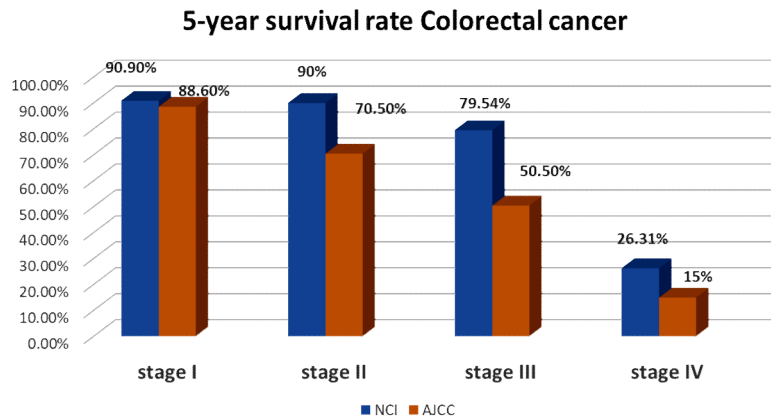
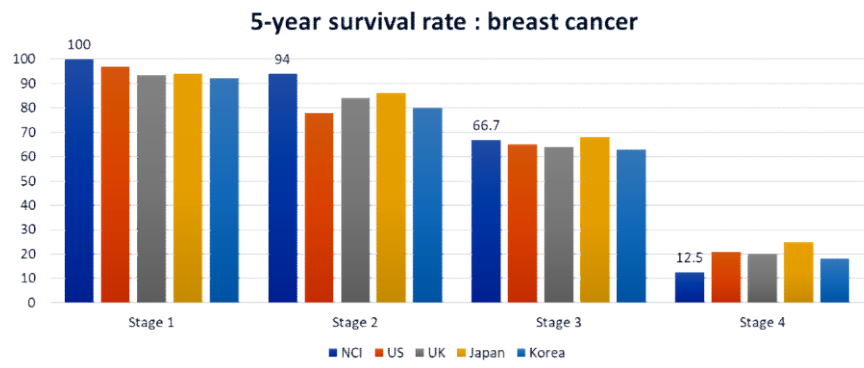
- (1) ร้อยละการเกิดภาวะ Infusion Reaction จากการบริหารยาเคมีบำบัด ระดับความรุนแรง \leq grade 2 = สถิติการเกิด Infusion Reaction พบ 202 ราย จากการบริหารยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด 8,028 visits คิดเป็น ร้อยละ 2.52 (โดยจะเกิด Grade 3 = 2.0% และ Grade 2 = 98.51%)
- (2) ร้อยละการเกิด radiation cystitis and proctitis หลังการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน = ร้อยละ 0 (0/35 ราย)

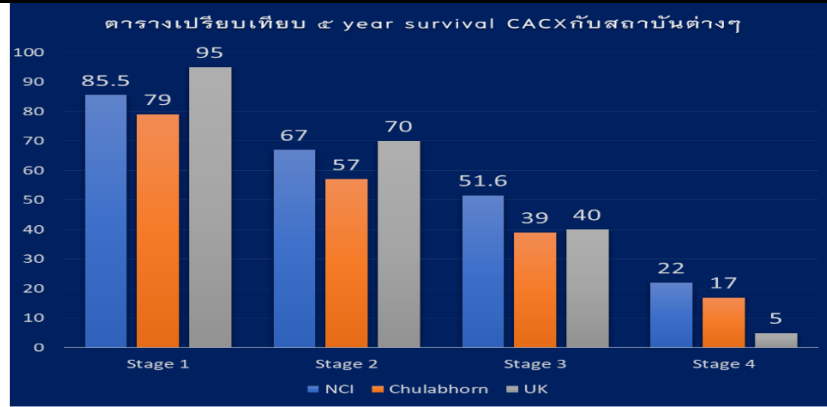
การดำเนินงาน รอบ 12 เดือน

ตัวชี้วัดเชิง Outcome 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (1) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตามระยะโรค
- (2) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- (3) อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

อัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งตามระยะโรค	มะเร็งเต้านม	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	มะเร็งปากมดลูก
ระยะที่ 1	100 %	90.9 %	85.5 %
ระยะที่ 2	94 %	90 %	67 %
ระยะที่ 3	66.7 %	79.54 %	51.6 %
ระยะที่ 4	12.5 %	26.31%	22 %





ตัวชี้วัดเชิง Process 2 ตัวชี้วัด

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

BI-RADS 4 = 1.37 วัน

BI-RADS 5 = 1.58 วัน

BI-RADS 6 = 1.33 วัน

BI-RADS 4-6 = 1.40 วัน

(2) ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 93.34 (ต.ค. – ก.ค. 66)

ตัวชี้วัดเชิง Patient Safety 2 ตัวชี้วัด

(1) ร้อยละการเกิดภาวะ Infusion Reaction จากการบริหารยาเคมีบำบัด ระดับความรุนแรง \leq grade 2 สถิติการเกิด Infusion Reaction พบ 338 ราย จากการบริหารยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด 13,343 visits คิดเป็นร้อยละ 2.53 (เกิด Grade3 = 1.78% และ Grade 2 = 97.93%)

(2) ร้อยละการเกิด radiation cystitis and proctitis หลังการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน คิดเป็น ร้อยละ 0 (0/43ราย)

หลักฐานอ้างอิง :

1. ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (5 Year survivor 3 โรค) (รอบ 6 เดือน)
2. ตัวชี้วัดคุณภาพ Process, Outcome, Patient Safety (รอบ 6 เดือน)
3. ระยะเวลาการรอดตรวจภายหลังการส่งปรึกษาฯ (รอบ 6 เดือน)
4. ข้อมูลระยะเวลารอดคอย แมมโมแกรม BIRAD 4 ขึ้นไป (รอบ 6 เดือน)
5. Super Tertiary (รอบ 9 เดือน)
6. ตัวชี้วัดคุณภาพ Process, Outcome, Patient Safety (รอบ 12 เดือน)

ข้อ 1.2 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

มีระบบและนวัตกรรมที่สนับสนุนการรับ-ส่งต่อ และเป็นตัวอย่างในเครือข่ายในประเทศ

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

จากนโยบาย Cancer Anywhere ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศไปรับบริการที่ไหนก็ได้โดยไม่มีหนังสือส่งตัว สถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงได้พัฒนาโปรแกรม Thai Cancer Based 2023 (TCB 2023) ขึ้นมาเพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งต่อข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาล กับโรงพยาบาล เพื่อลดระยะเวลาการรอคิว ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ลดการเสียชีวิต ช่วยให้การส่งตัวผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ง่ายขึ้น รวดเร็วขึ้น

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

การรับรู้นโยบายยังไม่ทั่วถึงทำให้บางโรงพยาบาลยังใช้การส่งตัวแบบเดิม คือ เขียนใบส่งตัวและให้ผู้ป่วยนำมาเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการเดินทางเพื่อขอหนังสือรับรองสิทธิ

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

จัดอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบายให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. โปรแกรม Thai Cancer Based 2023 (TCB 2023)

ข้อ 1.3 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีการให้บริการเพื่อการป้องกัน วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งอย่างครบวงจร มีการพัฒนาคุณภาพการบริการลดขั้นตอนการปฏิบัติและสะดวกรวดเร็วโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งต่อข้อมูลการรักษา และการให้บริการผ่านระบบ Thai Cancer base (TCB) plus และ Application cancer anywhere ทำให้เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งแรกสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีระบบการนัดหมาย ดังนี้

1. ระบบออนไลน์ ผ่านศูนย์ refer
2. นัดหมายผ่านโทรศัพท์
3. Walk in

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. Refer ผ่านTCB plus น้อยยังคงใช้ระบบเดิมคือออกไปreferและยังต้องให้ผู้ป่วยติดต่อโดยตรงกับโรงพยาบาลเพื่อขอผลทางการแพทย์
2. ผู้ป่วยมาติดต่อที่โรงพยาบาลโดยตรง โดยไม่มีผลการตรวจ
3. การประสานงานล่วงหน้ากับสถาบันมะเร็งยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากโรงพยาบาลต้นสิทธิ์ แนะนำให้ผู้ป่วยมาติดต่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติเองโดยตรง

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

จัดตั้ง Genetic counseling clinic

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. Patient journey การให้บริการผู้ป่วยนอก
2. การให้บริการผู้ป่วยนอก
3. ระบบการนัด

มิติที่ 2 การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) (ร้อยละ 15)

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ทำการศึกษาวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบสาเหตุ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำผลการวิจัยพัฒนามากำหนดรูปแบบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา การลดค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ตลอดจนบูรณาการโครงการวิจัย ชุติสิทธิประโยชน์ให้มีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 2 Research and Development					
2.1	การทำวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี	มีงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตีพิมพ์ระดับประเทศ หรือต่างประเทศ	มีงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตีพิมพ์ระดับประเทศหรือต่างประเทศ และมีการอ้างอิงในระดับต่างประเทศ	มีงานวิจัย / ประเมินเทคโนโลยี ทั้งด้านวิชาการและการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถนำมาสู่นวัตกรรมทางการแพทย์ สนับสนุนนโยบายสาธารณสุข และมีการอ้างอิงในวารสารระดับประเทศ	สามารถใช้งาน ได้ 2 ปี ย้อนหลัง
2.2	การพัฒนา นวัตกรรม	มีการพัฒนา นวัตกรรมภายในหน่วยงาน	มีการพัฒนา นวัตกรรมภายนอกหน่วยงาน	มีการพัฒนา นวัตกรรมระดับประเทศ และสามารถพัฒนาให้มีผลลัพธ์ต่อประชาชนในระดับประเทศ	สามารถใช้งาน ได้ 2 ปี ย้อนหลัง
2.3	Model Development	มีการพัฒนาจำลองรูปแบบการให้บริการต้นแบบภายในหน่วยงาน	มีการนำจำลองรูปแบบการให้บริการต้นแบบไปใช้ภายนอกหน่วยงาน	มีการจำลองรูปแบบการให้บริการต้นแบบไปใช้ใน ระดับประเทศ	สามารถใช้งาน ได้ 2 ปี ย้อนหลัง

หมายเหตุ

1. แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง แผนงานวิจัย หรือประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ถูกกำหนดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ (Burden of disease) / Service Mapping /นโยบายด้านสุขภาพของประเทศหรือนวัตกรรมทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง นำมาวางแผนเพื่อดำเนินการทางวิชาการ ในช่วงระยะเวลา 1 – 2 ปี

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

3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

ข้อ 2.1 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

การตรวจ HPV test เปรียบเทียบการเก็บด้วยตนเองกับสูตินรีแพทย์และการยอมรับวิธีการเก็บตัวอย่าง

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการผลักดันให้ปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากวิธี Pap smear มาเป็นวิธี HPV DNA test ซึ่งถือว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับจากทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองในหลายพื้นที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้แต่ละจังหวัดยังพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ถึงแม้จะมีจำนวนน้อยลง สาเหตุหลักที่ผู้หญิงไทยส่วนใหญ่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองแม้จะรู้ถึงอันตรายของมะเร็งปากมดลูกคือ ความอายที่ต้องเปิดเผยร่างกายขณะตรวจโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ มีความกลัวต่อเครื่องมือที่ใช้ตรวจปากมดลูก รวมถึงการไม่มีเวลาไปสถานพยาบาล เป็นต้น

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ก้าวหน้ามาก ทำให้มีการพัฒนาเทคนิคการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง (self-collection) เพื่อนำส่งตรวจที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ตรวจทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV) โดยประชาชนสามารถไปรับผลการตรวจด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ก็ได้ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งจะทำให้เราก้าวข้ามอุปสรรคต่าง ๆ และผู้หญิงไทยเข้าถึงการตรวจคัดกรองมากขึ้น

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ได้จัดทำโครงการวิจัยนำร่องเพื่อศึกษาความสอดคล้องของการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองและการเก็บโดยแพทย์ รวมถึงศึกษาทัศนคติและการยอมรับการใช้ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของกลุ่มประชากรที่มาใช้บริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเก็บสิ่งส่งตรวจทั้ง 2 วิธีมีความสอดคล้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.00$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและยอมรับการใช้ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ซึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติโดยได้แยกเป็น 2 ฉบับ คือ การศึกษาความสอดคล้องของการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองและการเก็บโดยแพทย์ และศึกษาทัศนคติและการยอมรับการใช้ชุดเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของกลุ่มประชากรที่มาใช้บริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกาศ ณ วันที่ 20 มกราคม 2566 ให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test รวมถึงการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) อยู่ในประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. รายงานการศึกษา
2. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test
3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ 2.2 Score 4

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ดำเนินการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ปัญหาประดิษฐ์สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Liquid-Based Cytology (LBC)

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ข้อ 2.3 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

การบริการตรวจยีน *BRCA1/BRCA2* ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีทั่วโลก ในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมนั้นสูงเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ด้วยวิวัฒนาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์นั้นก้าวหน้าเพิ่มขึ้น ทำให้ปัจจุบันเราสามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แต่ในความเป็นจริงนั้นประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ เนื่องจากประเทศไทยยังขาดแคลนอยู่หลายส่วน ทั้งทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือรวมไปถึงทรัพยากรบุคคลที่ใช้ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ทำให้การคัดกรองมะเร็งเต้านมยังไม่แพร่หลายและทั่วถึง จึงเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยนั้นมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม ก้อนที่รักแร้ มีผลที่เต้านม ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือได้รับการวินิจฉัยเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้ว ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตและอัตราการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในประเทศไทยนั้น มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าประเทศแถบตะวันออก ซึ่งในทางประเทศแถบตะวันออกพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยอายุน้อยนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของยีน และทำให้ผู้ป่วยเกิดมะเร็งเต้านมได้ในอัตราที่สูงกว่ากลไกการเกิดมะเร็งปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามี ความสัมพันธ์ในการเกิดมะเร็งชนิดอื่นร่วมด้วย และยังพบว่าความผิดปกติของยีนดังกล่าวนี้ยังสามารถถ่ายทอดยีนดังกล่าวไปสู่รุ่นลูกหลานถัดไปได้อีกด้วย

ด้วยเหตุนี้ทางระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้เล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงก่อให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดูแลประชาชนให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขและการรักษาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมไปถึงต้องการที่จะป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เพื่อให้อัตราการเกิดมะเร็งเต้านมลดลง ซึ่งการตรวจการกลายพันธุ์แต่กำเนิด (germline mutations) คือ การตรวจยีนที่มีความผิดปกติตั้งแต่เซลล์ต้นกำเนิดหลังการปฏิสนธิ และส่งผ่านความผิดปกตินี้ไปยังรุ่นลูกหลานต่อไป โดยปัจจุบันสามารถตรวจยีนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในระดับต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งแบบเฉพาะราย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการแพทย์แบบมุ่งเป้า (การรักษาแบบเจาะจงและตรงจุด) และเป็นการป้องกันการเกิดโรคเพื่อ

ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันการเกิดโรคของญาติสายตรงได้อย่างทั่วถึง ซึ่งพบว่าความผิดปกติของยีนที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมที่พบได้บ่อยเป็นอันดับต้นๆ คือ การกลายพันธุ์ของยีน *BRCA*

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ร่วมกับ คณะผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้มีหน้าที่ดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนะการตรวจยีน *BRCA1/BRCA2* ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ของประเทศไทย และจัดทำแนวทางการกำหนดมาตรฐานการตรวจพันธุกรรมและการแปลผลการตรวจ *BRCA1/BRCA2* ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง

ข้อมูลการดำเนินโครงการ

1 วันที่ 9 ธันวาคม 2564 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ 13/2564 มีมติเห็นชอบให้การตรวจยีน *BRCA1/BRCA2* ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ เป็นสิทธิประโยชน์บริการ PP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2 วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป เริ่มดำเนินงานให้บริการตรวจยีน *BRCA1/BRCA2*

3 ปัจจุบันได้ดำเนินการแจ้งให้ทาง สปสช.เขต และหน่วยบริการในพื้นที่ได้ทราบแนวทางการจัดบริการและเตรียมความพร้อมในการจัดระบบบริการตรวจยีน *BRCA1/BRCA2* ในปีงบประมาณ 2566 รวมทั้งการขยายจัดบริการและเครือข่ายบริการเพิ่มเติมในเขตพื้นที่ต่อไป

4 สำหรับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จะเป็นหน่วยเก็บตัวอย่างและส่งต่อไปยังศูนย์จีโนมทางการแพทย์ (Center for Medical Genomics) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อตรวจหาความผิดปกติของยีน *BRCA1/BRCA2*ต่อไป

แนวทางจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

– หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ยังคงจัดบริการและตั้งเป้าหมายการบริการให้ครอบคลุม ประชากรไทยทุกคน ทุกสิทธิ

– การส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการ หน่วยบริการที่จัดบริการให้จัดส่งข้อมูลตามระบบปกติทุกรายการและคนไทยทุกสิทธิ ยกเว้นรายการที่จัดทำเป็นโครงการที่มีเป้าหมายเฉพาะ UC

– มอบ สปสช.ดำเนินการประสานให้หน่วยบริการนอกสังกัด กสธ.ดำเนินการให้บริการเช่นเดียวกัน โดยไม่ให้มีช่องว่างในการให้บริการ

– มอบคณะทำงาน 5X5 ประชุมหารือสื่อสารและจัดทำแผนการบริการให้ประชาชนไทยทุกสิทธิ รวมทั้งอาจต้องรองรับการจัดบริการสำหรับประชาชนไทยที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการเอกชน มารับบริการ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็นตาม เป้าหมายที่กำหนดให้ครอบคลุมและไม่ขัดกับกฎหมาย/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- (2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
- (3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
- (4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
- (5) หลักฐานอ้างอิง :
 - 1. รายละเอียด Model Development
 - 2. BRCA Guideline_2
 - 3. BRCA LAB_2

มิติที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการ (Training and Reference) (ร้อยละ 15)

การพัฒนาบุคลากร หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา ปรับปรุง การปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพื่อสร้างให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานรองรับการเปลี่ยนแปลง

การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ หมายถึงการเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูล ด้านสถานการณ์ ด้านวิชาการโดยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความสูญเสียด้านชีวิตและทรัพย์สิน ทรัพยากรเครื่องมือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำมาประมวลโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปกำหนดเป็นนโยบายและการบริหารจัดการที่เหมาะสม มีองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่น รวมถึงบุคลากรเป็นที่ยอมรับอ้างอิง ได้รับเชิญเป็นคณะกรรมการในองค์กรวิชาชีพ มีผลงานวิชาการถูกนำไปใช้ประโยชน์

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 3 Training and Reference					
3.1	Training : การพัฒนา บุคลากร	มีโครงการจัดทำ หลักสูตรฝึกอบรม บุคลากรสาธารณสุข เป็นประจำต่อเนื่อง 3 ปี ที่ตรงกับ ความต้องการของประเทศ	มีการจัดฝึกอบรม บุคลากร สาธารณสุข หลายหลักสูตร	มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรม บุคลากรสาธารณสุขหลาย หลักสูตรและหลายระดับ	
3.2	Reference : การเป็นศูนย์ อ้างอิงวิชาการ แพทย์	ได้รับการอ้างอิง ทางวิชาการใน ระดับกระทรวง สาธารณสุข	ได้รับการอ้างอิง ทางวิชาการใน ระดับประเทศ	ได้รับการอ้างอิงทาง วิชาการระดับในและ ต่างประเทศ	

หมายเหตุ

- หลักสูตร Training คือ หลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์ เช่น แพทย์ประจำบ้าน การพยาบาลเฉพาะทาง สหวิชาชีพ ที่สถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ความชำนาญ และมีทักษะเฉพาะทาง และหลักสูตรนั้นต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นหลักสูตรที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎกระทรวง
- มีผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และสาธารณสุข (วิจัย และการพัฒนาบุคลากร) ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรระหว่างประเทศ
- โปรตรอบข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

ข้อ 3.1 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขหลายหลักสูตรและหลายระดับ โดยมีโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจำนวน 5 สาขา ดังนี้

- อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา
- อนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช
- อนุสาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยศาสตร์ตับ
- อนุสาขาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารส่วนต้น
- อนุสาขาศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ

โดยมุ่งเน้นให้แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางอนุสาขาต้องมีคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถขั้นต่ำตามสมรรถนะหลัก ทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

- การดูแลรักษาผู้ป่วย
- ความรู้ความเชี่ยวชาญและทักษะ
- การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย
- ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร
- ความเป็นมืออาชีพ
- การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ

การฝึกอบรมที่ใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practiced-based learning) พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการบริหารและรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาศัยการบูรณาการทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และมีการติดตามกำกับดูแล (Supervision) และให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) แก่แพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

ดำเนินการพัฒนาเนื้อหาการเรียนการสอนให้มีความสอดคล้องกับความต้องการและทันต่อวิทยาการสมัยใหม่ เพื่อให้เนื้อหาการเรียนการสอนมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยาและอนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช
2. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา
3. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขามะเร็งวิทยานรีเวช
4. โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยศาสตร์ตับ
5. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยศาสตร์ตับ
6. โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารส่วนต้น
7. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารส่วนต้น

8. โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ

9. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ

ข้อ 3.2 Score 4

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประชากรไทย โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการสูญเสียในด้านต่างๆต่อทั้งประชาชนและระบบเศรษฐกิจอย่างมาก จึงเป็นจุดกำเนิดของนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง ได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญ 4 ประการ คือลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย และสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านโรคมะเร็งอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ตลอดจนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในระยะเริ่มต้นถึงระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องของการจัดการความปวดที่เกิดจากรอยโรคมะเร็ง

ดังนั้นต้องมีการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดภาวะความเครียดของร่างกายและจิตใจถือเป็นการป้องกันและลดผลเสียที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพในระยะยาว ทำให้บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างง่ายดาย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงได้เล็งเห็นความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว จึงมีโครงการคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง โดยจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง นักวิชาการ บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งในทุกภาคส่วนร่วมกันปรึกษาหารือจัดทำคำแนะนำทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคมะเร็งที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และเพื่อให้เกิดความพร้อมของสถานพยาบาลในปัจจุบัน โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ซึ่งมีพันธกิจด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ จึงได้จัดทำโครงการคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็งขึ้น

ด้วยภารกิจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่มีหน้าที่ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทันสมัย เป็นสถานที่ให้ความรู้ วิชาการ การศึกษา การวิจัยแบบบูรณาการ รวมทั้งเป็นแหล่งที่รวบรวมข้อมูลด้านโรคมะเร็งที่อ้างอิงได้ ภายใต้ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายด้านโรคมะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย จัดทำคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง (Clinical Guidance for Cancer Pain Management) มีวัตถุประสงค์ในการจัดทำเพื่อเป็นคู่มือให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ศึกษาหาความรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาความปวดมะเร็งได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการดูแลและรักษาผู้ป่วยปวดจากมะเร็ง โดยมีการจัดพิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 1,500 เล่ม และจัดทำไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เผยแพร่ให้ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ทางเว็บไซต์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (<https://www.nci.go.th>) และสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย (<https://www.tasp.or.th>)

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

ดำเนินการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลวิชาการให้ครอบคลุมต่อการพัฒนาคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็งและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. คำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง (Clinical Guidance for Cancer Pain Management)
2. โครงการจัดทำคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง
3. โครงการ การศึกษา ทบทวน แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม
4. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม

มิติที่ 4 การสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่าย (Collaboration Network) (ร้อยละ 15)

การสร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายทางวิชาการ หมายถึง การพัฒนาความเลิศทางการแพทย์จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดนั้นจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ต้องสร้างการมีส่วนร่วม และเครือข่ายในทางวิชาการ เพื่อยกระดับการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์ในทุกๆระดับ ทั้งในและต่างประเทศ สามารถเชื่อมต่อองค์ความรู้กับองค์กรหรือสภาวิชาชีพเพื่อความครอบคลุมในการขยายการพัฒนา และการให้บริการวิชาการหรือการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกับภาคส่วนต่าง ๆ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 4 Collaboration Network					
4.1	Collaboration Network : การมีเครือข่าย วิชาการและ การบริการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Open Platform)	มีเครือข่ายและผล การดำเนินงาน อย่างประจักษ์ ทางด้านวิชาการ แพทย์และบริการ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กร ภายนอก การแพทย์และ กระทบวง สาธารณสุข เช่น conference แลกเปลี่ยน บุคลากร เป็นต้น	มีเครือข่ายและ ผลการดำเนินงาน อย่างประจักษ์ ทางด้านวิชาการ แพทย์และบริการ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กร ทั้งในและนอก กระทบวง สาธารณสุข เช่น CPG องค์ความรู้ เป็นต้น	มีการพัฒนาองค์ ความรู้ใหม่ในระดับ ความร่วมมือจาก บุคลากร และมี เครือข่ายและผล การดำเนินงานอย่าง ประจักษ์ทางด้าน วิชาการแพทย์ และบริการด้าน สาธารณสุข ร่วมกับ องค์กรภายในและ ภายนอกกระทบวง สาธารณสุข และ ต่างประเทศ	
4.2	Health Information	มีการรวบรวม ข้อมูล Health Information	ข้อมูล Health Information มีความครอบคลุม และมีการ เชื่อมโยงกับ เครือข่ายชัดเจน อย่างเป็นทางการ (Integrated Data centric)	ข้อมูล Health Information มีการ นำไปใช้ในการพัฒนา ประเทศ (Data Driven Policy Advocacy / Decision Making)	Data Driven Policy advocacy คือ ข้อมูลจาก COE นำไป ประกอบการ พิจารณาเชิง นโยบาย

หมายเหตุ

1. มีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์และบริการด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรภายในกรมการแพทย์ หรือนอกกรมการแพทย์ เช่น ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานระหว่างประเทศ
2. มีการสำรวจข้อมูลภาระโรค กลุ่มอาการที่สำคัญ จะต้องเป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎหมายกระทรวง
3. สถาบันส่วนกลางและโรงพยาบาลในภูมิภาค สามารถร่วมดำเนินและใช้ข้อมูลเดียวกัน และมีรายงานการดำเนินการร่วมกันอย่างชัดเจน
4. โปรระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

ข้อ 4.1 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

การรักษาโรคมะเร็งตับมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ความรู้เกิดขึ้นใหม่อย่างกว้างขวางทั้งในด้านการผ่าตัดและการรักษาเสริมด้านอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาที่หวังผลหายขาด และในปัจจุบันมีเทคนิควิธีการผ่าตัดที่หลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้การรักษาโรคมะเร็งตับได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในการรักษาที่ได้มาตรฐานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันแนวโน้มการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง (minimally invasive surgery: MIS) มากขึ้น ทำให้ศัลยแพทย์ที่ทำการดูแลโรคเหล่านี้ต้องมีความรู้ความชำนาญมากกว่าศัลยแพทย์ทั่วไป

การผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้องได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลทางมะเร็งวิทยา (oncologic outcome) ที่เทียบเท่า ในขณะที่มีการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดทางอุปกรณ์การผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้องมีรายละเอียดที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และต้องอาศัยประสบการณ์ของศัลยแพทย์ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาต่อยอด

หลังจากมีการริเริ่มผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องทางหน้าท้องเมื่อ ๓๐ ปีก่อน ได้มีการเลือกใช้วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องมากขึ้นในหลายการผ่าตัดรวมไปถึงการผ่าตัดตับด้วยข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้องในช่วงแรกคือรอยโรคที่ตับที่ไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่ ถุงน้ำที่ตับหรือเนื้องอกของเส้นเลือดที่ตับ แต่ในปัจจุบันมีการขยายข้อบ่งชี้รวมถึงก้อนมะเร็งที่ตับและการปลูกถ่ายตับ ในปัจจุบันการผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้องถือเป็นมาตรฐาน ได้แก่ กรณีการผ่าตัดตับ wedge resection of favorable segments หรือ minor liver resection หรือการผ่าตัดตับกลีบซ้าย ส่วนการผ่าตัดตับ major liver resection หรือ resection of unfavorable segments ยังคงต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูล โดยในบางโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์และปริมาณผู้ป่วยจำนวนมาก พบมีการใช้การผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้องเป็นมาตรฐาน

ดังนั้นการฝึกอบรมและผลิตศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน มีอัตราการรอดชีวิตที่เทียบเท่า ทั้งยังมีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

การสร้างองค์ความรู้ใหม่เป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย ศัลยแพทย์ผู้ผ่านการฝึกอบรมต้องได้รับ

การฝึกอบรมให้ทำวิจัย เพื่อเป็นเครื่องมือในการหาความรู้ใหม่ โดยความรู้ที่ได้นั้นต้องสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมะเร็งตับที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

นอกจากนั้นการผลิตศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้องยังสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่เห็นความสำคัญและปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะมะเร็งตับ ซึ่งจัดให้มี excellence centerทางด้านมะเร็งกระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ การผลิตศัลยแพทย์ด้านนี้จึงเป็นการสนับสนุนและกระจายแพทย์เพื่อให้บริการประชาชนทั่วประเทศ

ปัจจุบันหน่วยศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี กลุ่มงานศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติสามารถให้การรักษาโดยการผ่าตัดตับผ่านกล้องทางหน้าท้อง (laparoscopic liver surgery) ได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความจำเป็นดังกล่าวนี้ จึงร่วมกันเปิดหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ เพื่อให้ศัลยแพทย์ที่สนใจได้มีโอกาสเรียนรู้ ฝึกฝนเพิ่มพูนความชำนาญในการดูแลรักษาและผ่าตัดโรคทางศัลยศาสตร์ตับผ่านกล้อง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งมีการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในระดับความร่วมมือจากบุคลากร และมีเครือข่ายและผลการดำเนินงานอย่างประจักษ์ทางด้านวิชาการแพทย์ และบริการด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และต่างประเทศ ซึ่งมีการรับแพทย์จากต่างประเทศ เข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 2 คน ได้แก่

1. นายแพทย์ Anharur Rahman แพทย์จากประเทศบังกลาเทศ
2. นายแพทย์ Raja Sekhar Kandagaddala แพทย์จากประเทศอินเดีย

นอกจากนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ทำข้อตกลงสัญญาระหว่างองค์กร (MOU) ที่เป็นความร่วมมือทางด้านวิชาการระหว่างสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กับโรงพยาบาลเฉพาะทางย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์ และประเทศอื่นๆ ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น และประเทศเวียดนาม

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ
2. หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ
3. Certificate
4. ข้อตกลงสัญญาระหว่างองค์กร (MOU) ที่เป็นความร่วมมือทางด้านวิชาการระหว่าง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กับโรงพยาบาลเฉพาะทางย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์
5. สรุปรายงานบันทึกความร่วมมือ (MOU)
6. คำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง
7. โครงการคำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง

ข้อ 4.2 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการทำทะเบียนมะเร็งประชากรมาตั้งแต่ปี 2514 และได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค หน่วยทะเบียนมะเร็งคณะแพทยศาสตร์ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค จัดพิมพ์ออกมาเป็นหนังสือ Cancer In Thailand ปัจจุบันเป็นเล่มที่ 10 นอกจากนั้นยังได้ส่งข้อมูลไปร่วมตีพิมพ์ ในหนังสือCancer Incidence in Five Continents ของสมาคม International Agency For Research on cancer WHO ทุก Volume ปัจจุบันเป็น Volume XI

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html www.iarc.Fr

2. หนังสือ Cancer in Thailand Vol. XI (E-Book Library)

มิติที่ 5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) (ร้อยละ 20)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเชิงนโยบาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงาน กลไกขับเคลื่อน การพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงาน / สถาบันรับผิดชอบ หรือที่กรมการแพทย์รับผิดชอบผ่านกระบวนการศึกษา ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนมีนวัตกรรมหรือพัฒนารูปแบบให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติกับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเชิงนโยบายที่มีวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานของนโยบาย หรือกลไกดำเนินงานเชิงนโยบายให้ขับเคลื่อน การพัฒนาให้แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ทั้งนโยบายที่มีการสั่งการจากผู้บริหาร (Top Down) และที่ขับเคลื่อนจากกรมการแพทย์ หรือ COE (Bottom up) โดยหัวข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบ หรืองานที่กรมการแพทย์รับผิดชอบผ่านความเห็นชอบของผู้บริหารกรมการแพทย์ ได้รับการคัดเลือกให้มีการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมพัฒนารูปแบบบริการ / ระบบ หรือชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 5 Policy Advocacy					
5	Policy advocacy : ข้อเสนอเชิงนโยบาย	COE มีการเสนอ Policy Brief มายัง กรมการแพทย์	Policy ได้รับการคัดเลือกจากผู้บริหาร ตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนด	Policy เป็นที่ยอมรับของกระทรวง และนโยบายถูกผลักดันในระดับชาติ	สามารถใช้ผลงานได้ 3 ปี ย้อนหลัง

หมายเหตุ

1. หัวข้อในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต้องเกี่ยวข้องหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่หน่วยงานรับผิดชอบข้างต้นตามกฎกระทรวง
2. ข้อเสนอเชิงนโยบายต้องผ่านกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือคาดคะเนโอกาสในการปฏิบัติ หรือวิจัยประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. โปรดระบุข้อมูลอ้างอิงให้ชัดเจน

ข้อ 5 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

ดำเนินการจัดทำ Policy ที่เป็นที่ยอมรับของกระทรวง และนโยบายถูกผลักดันระดับชาติ จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

1. โครงการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 เพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก
2. โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
3. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. รายละเอียดโครงการตรวจยีน BRCA1/BRCA2 เพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก
2. รายละเอียดโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
3. รายละเอียดโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน (Support System) (ร้อยละ 20)

หน่วยงานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ หมายถึง หน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ด้านการประเมินผลการพัฒนา ด้านเครือข่ายเขตสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน ด้านระบบสารสนเทศ ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านกฎหมายด้านการต่างประเทศ ได้แก่ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ กองบริหารการคลัง สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักดิจิทัลการแพทย์ กองบริหารทรัพยากรบุคคล กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม สำนักงานเลขานุการกรม กลุ่มตรวจสอบภายใน และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร โดยการจัดกระบวนการแบบบูรณาการไว้ในที่เดียวกันแบบ one stop Serviceให้เกิดความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ด้านการประเมินผลการพัฒนา ด้านเครือข่ายสุขภาพ ด้านการเงินด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน ด้านระบบสารสนเทศ ด้านพัฒนาบุคลากร ด้านกฎหมาย ด้านระหว่างประเทศร่วมบูรณาการ ลดขั้นตอนให้แล้วเสร็จโดยสะดวก

ข้อ	KPI	Score 3	Score 4	Score 5	หมายเหตุ
มิติที่ 6 ระบบสนับสนุน					
6.1	Leadership : ทีมผู้นำ	มีคณะกรรมการ COE โดยมีทีมผู้นำ ร่วมอยู่ใน คณะกรรมการ	ผู้นำมีการนำ COE เป็นส่วน หนึ่งในนโยบาย โรงพยาบาล	ผู้นำมีการสนับสนุน ทรัพยากรในการ ดำเนินงาน COE อย่างเป็นรูปธรรม	
6.2	Ecosystem : ระบบ สนับสนุนงาน COE / บุคลากร/ สนับสนุน ด้านต่าง ๆ	- หน่วยงาน สนับสนุนงาน COE ในโรงพยาบาลอยู่ใน ในคณะกรรมการ COE - แหล่งเงินจาก โรงพยาบาล / สถาบัน - มีการสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE	- หน่วยงาน สนับสนุนงาน COE ประสาน งานกับ กรมการแพทย์ อย่างต่อเนื่อง - แหล่งเงินจาก กรมการแพทย์ - มีระบบ สนับสนุนบุคลากร ในการ ดำเนินงาน COE ที่เพียงพอและ มีการพัฒนา ความสามารถ บุคลากรอย่าง ต่อเนื่อง	- มีการสนับสนุน และประสานระหว่าง กรมการแพทย์และ COE อย่างดีเลิศ - มีระบบสนับสนุน บุคลากรในการ ดำเนินงาน COE ที่เพียงพอและมีการ พัฒนาความสามารถ บุคลากรอย่าง ต่อเนื่องและเชื่อมโยง เครือข่ายทั้งในและ ต่างประเทศ	ไม่ให้ข้อจำกัด เรื่องทรัพยากร ขีดขวางการ พัฒนา

ข้อ 6.1 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มีคณะกรรมการ COE โดยมีทีมนำร่วมอยู่ในคณะกรรมการ
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดทำแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570) โดยมีทีมนำสถาบันมะเร็งแห่งชาติอยู่ในคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติราชการ และมีการนำมติการประเมินศักยภาพของ CoE เป็นส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อกำหนดนโยบายการดำเนินงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในลำดับต่อไป
3. ผู้นำมีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ของ DSC Cervical cancer เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยการเก็บส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) เป็นการพัฒนาต่อยอดจากเดิม ให้มีประสิทธิภาพและมีความครอบคลุมมากขึ้น และ ในปีงบประมาณ 2566 สปสช.ได้ประกาศให้เป็นการบริการตรวจคัดกรองภายใต้งบ P&P
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้มีการสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โดยให้กลุ่มงานศัลยศาสตร์ ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาศัลยแพทย์เฉพาะทางนานาชาติ (COE) ด้านการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางผนังท้อง โดยใช้เงินบำรุงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวนเงิน 1,000,000 บาท

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. ร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test : การเก็บส่งตรวจทางช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self-sampling)
3. โครงการ COE แผนเงินบำรุง 2566
4. รายละเอียดสรุปการเชื่อมโยงมติการประเมินศักยภาพของ COE กับแผนปฏิบัติราชการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ข้อ 6.2 Score 5

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. หน่วยงานสนับสนุนงาน COE ในโรงพยาบาลอยู่ในคณะกรรมการ COE
 2. มีแหล่งเงินจากโรงพยาบาล /สถาบัน ได้แก่
 - เงินบำรุงสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 - กองทุนวิชาการโรคมะเร็ง
 - กองทุนมูลนิธิ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 - แหล่งทุนอื่น ๆ จากหน่วยงานภาครัฐ เช่น ทุนจาก สำนักงาน กพ
 3. มีแหล่งเงินจากกรมการแพทย์ ได้แก่
 - กองทุนสนับสนุนงานวิชาการกรมการแพทย์
 - เงินอุดหนุน: ประเภทเงินอุดหนุนเป็นทุนการศึกษา เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในต่างประเทศ
 4. มีการสนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงาน COE
กรมการแพทย์ส่งเสริมให้มีการพัฒนาบุคลากรของกรมการแพทย์โดยการอนุมัติจัดสรรทุนการศึกษาเพื่อศึกษาต่อภายในประเทศ ซึ่งบุคลากรสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ได้ โดยมีแนวทางการพิจารณาดำเนินการ ดังนี้
 - ตามระเบียบกรมการแพทย์ว่าด้วย กองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ พ.ศ.2561
 - หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติ ในการขอรับการ สนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2561
 - กรมการแพทย์ได้มีการจัดสรรเงินงบประมาณ งบเงินอุดหนุน: ประเภทเงินอุดหนุนเป็นทุนการศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละปีงบประมาณ
 5. มีการสนับสนุนและประสานระหว่างกรมการแพทย์ และ COE อย่างดีเลิศ
กรมการแพทย์ได้มีการสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคมะเร็ง โดยให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (กลุ่มงานศัลยศาสตร์) ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์เฉพาะทางนานาชาติ (COE) ด้านการผ่าตัดตัดด้วยวิธีการส่องกล้องผ่านทางผนังหน้าท้อง โดยใช้เงินบำรุงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
 6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบการพัฒนาหน่วยงานเป็น COE/National institute โดยมีการพัฒนาบุคลากรสู่ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งให้มีการพัฒนาในหลักสูตรระยะสั้น ระยะยาว ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ
- (2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -
- (3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
- (4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -
- (5) หลักฐานอ้างอิง :
1. โครงการ COE แผนเงินบำรุง 2566
 2. การส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมต่างประเทศ
 3. การส่งบุคลากรศึกษาต่อ

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	15	5	5	0.7500

วิธีการคิดคะแนน

1. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ประเมินศักยภาพของตนเองตามแบบประเมินการพัฒนาศักยภาพศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

2. คะแนนของแต่ละข้อย่อให้นำมาเฉลี่ยรวมในแต่ละมิติ จากนั้นนำคะแนนในแต่ละมิติมาเฉลี่ยเป็นภาพรวม 6 มิติ โดยใช้ประเมินทั้งสถาบันหลัก / สนับสนุนรวม ตามสูตร

$$\text{คะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติ} = A / B$$

$$\text{ค่าคะแนนรวมของข้อย่อในแต่ละมิติ} = A$$

$$\text{จำนวนข้อย่อในแต่ละมิติ} = B$$

3. นำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละมิติของแบบประเมินมาเฉลี่ยเป็นคะแนน Overall Scoring

$$\text{คะแนนรวม Overall Scoring} = A / B$$

$$\text{คะแนนเฉลี่ยรวมของแต่ละมิติ} = A$$

$$\text{จำนวนมิติที่ประเมิน} = B$$

แนวทางการประเมินผล :

- ระยะเวลา / ความถี่รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการทุก 6 เดือน ส่งกองวิชาการแพทย์
- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 15 ด้าน สังกัดกรมการแพทย์
- หลักฐานแบบประเมินตนเองการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ จาก QR code
- หลักฐานข้อมูลอ้างอิงอย่างชัดเจนทุกองค์ประกอบ



รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	
<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 1.3 ระดับความสำเร็จในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและแพทยศาสตรศึกษา	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2219	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1414
คำอธิบาย : <p>การจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การคิดค้นและเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินการ การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร ตลอดจนกลยุทธ์และเครื่องมืออย่างเป็นระบบที่สามารถดำเนินการ เพื่อยกระดับความรู้ความสามารถด้านนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การบริการทางการแพทย์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล สูงสุด</p> <p>การประดิษฐ์ (Invention) หมายถึง ความคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับลักษณะองค์ประกอบโครงสร้างหรือ กลไกของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งกรรมวิธี กระบวนการในการผลิต การรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น หรือ ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ / บริการขึ้นใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยารักษาโรค วิธีการในการ ให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น</p> <p>คำนิยาม :</p> <p>นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ สิ่งประดิษฐ์ บริการ กรรมวิธีที่เกี่ยวกับการยกระดับ การรักษา การวินิจฉัย การเรียนรู้ การป้องกันที่มีคุณภาพและปลอดภัยทางการแพทย์ ทั้งที่เป็นสิ่งใหม่หรือพัฒนาให้ดีขึ้น กว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ทั้งในเชิงสาธารณสุขและเชิงพาณิชย์ได้ โดยจำแนก ประเภทนวัตกรรมไว้ 3 ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. นวัตกรรมที่ตอบสนองนโยบาย (Policy related Innovation) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ สอดรับนโยบายระดับประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายกรมการแพทย์ ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงาน2. นวัตกรรมบริการ (Innovation for service) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบริการด้านการแพทย์ แบบเดิม หรือเพิ่มประสิทธิภาพความปลอดภัยให้กับระบบสุขภาพ หรือการบริการด้านการแพทย์แบบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ลดความแออัดลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอ ภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (Equity)3. นวัตกรรมแห่งอนาคต (Innovation of the future) หมายถึง นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ลดอุปสรรคและ ข้อจำกัดในการดูแลรักษา ก่อให้เกิดความคล่องตัว รวดเร็ว และแม่นยำอย่างครบวงจร สามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ ได้ โดยใช้เทคโนโลยีที่ล้ำสมัย	

ตารางผลรวมของคะแนนทุกองค์ประกอบเทียบกับระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์การให้คะแนน	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
1	1	1
2	1.01 – 1.50	1.01 – 2.00
3	1.51 – 2.00	2.01 – 3.00
4	2.01 – 2.50	3.01 – 4.00
5	2.51 – 3.00 ขึ้นไป	4.01 – 5.00

แบ่งระดับการให้คะแนนโดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบ คือ

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

องค์ประกอบ 1 : โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม (Structure and support system)

น้ำหนัก : ร้อยละ 20

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีโครงสร้าง และการดำเนินงานในการจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ หรือผู้บริหาร มอบนโยบายและหรือให้ความสำคัญ หรือ หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความสามารถในการพัฒนาหรือสนับสนุนนวัตกรรม	– คำสั่งคณะกรรมการพัฒนา / จัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ – หน่วยงานย่อยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานนวัตกรรมทางการแพทย์ – เอกสารการจัดกิจกรรมที่แสดงว่าผู้บริหารในหน่วยงานให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญในการพัฒนานวัตกรรม
2	หน่วยงานมีแผนงาน / โครงการ / กิจกรรม พัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ประจำปี งบประมาณ 2566	– แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2566
3	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ช่องว่าง / ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางแก้ไข (ต้องมีแบบฟอร์มเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงาน)	– ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง / ปัญหา (Gap Analysis) การให้บริการอย่างเป็นระบบ

4	หน่วยงานมีกรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ (ต้องมีแบบฟอร์มเพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงาน)	– conceptual framework
5	หน่วยงานมีระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน	– ข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงานที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ

หมายเหตุ : ไม่ต้องดำเนินการตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 1 คือ

1. โครงสร้างและการดำเนินงานของหน่วยงาน หมายถึง การมีโครงสร้างคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงานให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การสร้างบรรยากาศ เพื่อเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสเสนอความคิดสร้างสรรค์ทางการแพทย์ อาจเป็นในรูปแบบการมีคลินิกนวัตกรรมรับฟังปัญหา จัดหาเวทินำเสนอนวัตกรรม จัดกลุ่มเพิ่มเติมความรู้ หาแนวทางการช่วยเหลือ การสร้างแรงจูงใจ การมอบรางวัลยกย่องชมเชยบุคลากรที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อเป็นกำลังใจในการพัฒนา

2. แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม หมายถึง แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม ที่หน่วยงานจัดทำขึ้น กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการกระบวนการพัฒนานวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ หรือนำของเดิมมาพัฒนาต่อยอดให้ดีขึ้นมีการของบประมาณหรือมีการเตรียมการไว้สำหรับดำเนินการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ หรือแผนพัฒนาหน่วยงานในด้านนวัตกรรมโดยเฉพาะ

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

4. กรอบแนวคิดการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การกำหนดขอบเขตของการสร้างนวัตกรรมประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเครื่องมือ รูปแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน หมายถึง การรวบรวมข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงานที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ เป็นต้น

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีโครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม ของกลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

2. ดำเนินการสรุปรายงานโครงการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

– โครงการปัญญาประดิษฐ์สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Liquid-Based Cytology (LBC)

3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีระบบการเก็บข้อมูลนวัตกรรมของหน่วยงาน โดยข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงาน มีการแสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ เป็นการเก็บในรูปแบบ Folder แยกรายปี โดยแต่ละปีจะมีชื่อและรายละเอียดของผลงานทั้งหมด

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. print screen โครงสร้างและการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม

2. สรุปรายงานโครงการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

3. Liquid-Based Cytology (LBC)

4. ผลงานนวัตกรรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปี 2565

5. ผลงานนวัตกรรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปี 2566

6. ข้อมูลผลงานนวัตกรรมของหน่วยงานที่แสดงจำนวนผลงานนวัตกรรม ความก้าวหน้าของผลงาน เจ้าของผลงาน และเบอร์ติดต่อ ปี 2565 - 2566

องค์ประกอบ 2 : การพัฒนานวัตกรรม (Development) หน้าหลัก : ร้อยละ 50

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

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 2 คือ

1. การพัฒนาระดับศักยภาพนวัตกรรม หมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ แนวคิดใหม่รวมถึงฝึกฝนการใช้เครื่องมือวิธีการเพื่อพัฒนานวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

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

3. แผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) หมายถึง แผนการดำเนินงานในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของหน่วยงาน

4. ต้นแบบนวัตกรรม (Prototype) หมายถึง การนำนวัตกรรมที่ผ่านกระบวนการประดิษฐ์ คิดค้น พัฒนาจนได้เป็นชิ้นงานนวัตกรรมนำมาทดลองใช้ ปรับปรุง และหรือ วิจัยชิ้นงาน โดยผ่านคณะกรรมการนวัตกรรมของหน่วยงาน และหรือ ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการใช้ในคน (EC) (สำหรับนวัตกรรมที่นำมาใช้ในคน) อย่างเป็นทางการ ก่อนนำมาทดลองวิจัยในแผนกของหน่วยงานต้นสังกัด และนำผลการทดลองการวิจัยมาพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นจนเกิดเป็นต้นแบบนวัตกรรมที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดได้

5. Proposal หมายถึง รายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง คำถามการวิจัยวัตถุประสงค์สมมติฐาน ความสำคัญและที่มาของปัญหา รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย ข้อจำกัด ผลที่คาดว่าจะ

ได้รับ และตารางปฏิบัติงาน

6. รายงานฉบับสมบูรณ์ (Full paper) หมายถึง การสรุปรายงานเพื่อแสดงรายละเอียดของการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมและผลของการดำเนินการ

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ปัญหาประดิษฐ์สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Liquid-Based Cytology (LBC) ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนสนับสนุนวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2565

2. มีแผนปฏิบัติการนวัตกรรม (Action plan) ของสถาบันที่เกิดจากการสร้างกลยุทธ์เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติราชการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3. หน่วยงานมีต้นแบบชิ้นงานนวัตกรรม(Prototype) ตามรายละเอียดนวัตกรรม (proposal)/data-based ของ AI

4. หน่วยงานดำเนินการสรุปรายงานการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ (full paper)

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารการพัฒนานวัตกรรม
2. เอกสารรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
3. Innovation NCI Strategic
4. NCI Strategic Implementation

องค์ประกอบ 3 : การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ (Implement) : นำหนักร้อยละ 30

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	หน่วยงานมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน	- หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน
2	หน่วยงานนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและหรือภายนอกหน่วยงาน หรือสาธารณะ	- หลักฐานเชิงประจักษ์ การเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ
3	หน่วยงานมีการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น / มีเครือข่ายการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม	- หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดที่แสดงการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น - หลักฐานเชิงประจักษ์ในการมีเครือข่ายความร่วมมือ หรือ MOU
4	มีกระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาหรือจดทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือมาตรฐานอื่น ๆ	- เลขที่คำขอการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา - เลขที่จดแจ้ง อย. - เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
5	มีการนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะ และหรือเชิงพาณิชย์ และหรือเชิงนโยบาย	- ข้อเสนอในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม / รายชื่อหน่วยงาน องค์กรที่ร่วมพัฒนา และหรือสัญญาความร่วมมือ และหรือข้อตกลงการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม และหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นบัญชีนวัตกรรมไทย

หมายเหตุ : ผลงานที่นำมาตอบ ไม่จำเป็นต้องเป็นชิ้นงานเดียวกัน / ไม่ต้องดำเนินการตามลำดับ

ความหมายที่แฝงอยู่ในตัวชี้วัดตามองค์ประกอบที่ 3 คือ

1. หลักฐานเชิงประจักษ์การนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงาน หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานประกาศนำนวัตกรรมทางการแพทย์ขึ้นนำมาใช้ในหน่วยงาน รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
2. หลักฐานเชิงประจักษ์ในการถ่ายทอดนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น หมายถึง หนังสือ เอกสารที่หน่วยงานอื่นขอนำนวัตกรรมทางการแพทย์ไปใช้ประโยชน์ รูปถ่ายการนำนวัตกรรมไปใช้งาน
3. การจับคู่เจรจาไปสู่การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การมีแผนการดำเนินการและข้อสรุปในการพัฒนาต่อยอดสู่การจับคู่เจรจา ซึ่งเป็นกระบวนการตั้งแต่ 2 หน่วยงาน ทำการเจรจาเพื่อการพัฒนาวัตกรรมให้ได้มาตรฐาน หรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม และสามารถยืดหยุ่นได้ ซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ของ หรือบริการทางการแพทย์ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามหาข้อยุติต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพ
4. กระบวนการจัดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หมายถึง การเขียนหนังสือคำร้องขอจดอนุสิทธิบัตรสิทธิบัตรและ

หรือลิขสิทธิ์ โดยส่งผ่านกรมการแพทย์ให้ดำเนินการ และหรือได้รับเลขคำขอจดอนุสิทธิบัตร สิทธิบัตร และหรือลิขสิทธิ์ จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยสามารถยื่นเรื่องเดิมได้ หากยังเป็นชิ้นงานที่อยู่ในกระบวนการจดคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ยื่นคำขอ แก่ไข ประกาศโฆษณา ตั้งแต่เริ่มยื่นจนกว่าจะได้รับการจดความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

5. การนำไปใช้เชิงสาธารณะ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถเป็นต้นแบบนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษา วินิจฉัยทางการแพทย์ หรือฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล สถานพยาบาลอื่นในประเทศหรือต่างประเทศได้อย่างแพร่หลาย

6. การนำไปใช้เชิงพาณิชย์ หมายถึง นวัตกรรมที่สามารถนำไปเพิ่มมูลค่าด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดรายได้ต่อหน่วยงานภายใต้ข้อกำหนดของกรมการแพทย์

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการนำผลงานนวัตกรรมทางการแพทย์ไปเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
3. ดำเนินการขออนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์
4. ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. print screen การคิดค้นนวัตกรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน
2. หนังสือตอบรับการเข้าร่วมการนำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 15
3. เอกสารประกอบและใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์
4. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 1.4 ระดับความสำเร็จของความร่วมมือด้านวิชาการและบริการกับเขตสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2406

คำอธิบาย :

เขตสุขภาพ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ พัฒนาการดำเนินงานมุ่งไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของคนไทย โดยได้แบ่งออกเป็น 13 เขตสุขภาพ ครอบคลุม หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค ที่มีการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า และ โรงพยาบาลหรือสถาบันที่รักษาโรคเฉพาะทางด้านต่าง ๆ จำนวน 32 แห่ง

ความร่วมมือด้านวิชาการและบริการ หมายถึง กิจกรรมด้านวิชาการและบริการ ที่หน่วยงานกรม การแพทย์สนับสนุนให้แก่หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพ ด้านการถ่ายทอดองค์ ความรู้ การสนับสนุนด้านวิชาการนวัตกรรมทางการแพทย์ การวิเคราะห์ปัญหา จัดทำ Service mapping และจัด กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในเขตสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนความเป็นเลิศทางการแพทย์ ใน 5 สาขาที่ สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) สาขายาเสพติด (Drugs Addict) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) และสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องกับ แผนปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี รวมถึงสาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์

คำอธิบาย

กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นองค์กรทางวิชาการมีบทบาทภารกิจในการพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่าเสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากซับซ้อน โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนและสนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้ กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สอดคล้องกับ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญ ระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เสริมสร้าง การเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพ กรอบในการ ดำเนินการที่สำคัญ คือการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการทางสาธารณสุขในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถ

ที่กำหนด จากการดำเนินการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของ ประเทศ ที่ผ่านมามีประสิทธิผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้กับประชาชนและยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ตามแผนปฏิบัติราชการ กรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (ปี 2566 – 2570) ได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราป่วย ด้วยโรคสำคัญ ลดลง 3 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI) และสาขาทารกแรกเกิด (Newborn) และตัวชี้วัดอัตราการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 2 สาขา คือ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) และสาขา กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) และในปีงบประมาณ 2566 กรมการแพทย์มีนโยบายมุ่งเน้นในการขับเคลื่อนความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 5 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) สาขายาเสพติด (Drugs Addict) สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Aging) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและเสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและการจัดบริการในพื้นที่เขตสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชาชนให้สามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์ที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น ลดอัตราป่วย และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลางสาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
2	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการกำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
3	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการจัดทำแผนงาน / โครงการที่สอดคล้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขา ยาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาระบบบริการ

	สุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
4	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการสนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน
5	โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน	เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประเด็นปัญหาตามบทบาทภารกิจ โรงพยาบาล / สถาบันสังกัด กรมการแพทย์
2	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์กำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็งสาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน	กำหนดประเด็นปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์
3	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการจัดทำแผนงาน / โครงการที่สอดคล้องกับความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขาโรคมะเร็ง สาขายาเสพติด	แผนงาน / โครงการ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์

	สาขาการดูแลระยะกลาง สาขากลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขา โรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือ การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขา อื่น ๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจกรมการแพทย์ อย่าง น้อย 1 ด้าน	
4	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการ สนับสนุนด้านวิชาการและบริการตามภารกิจของกรมการ แพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศทาง การแพทย์ (CoE) ใน 8 สาขาที่สำคัญ ได้แก่ สาขา โรคมะเร็ง สาขายาเสพติด สาขาการดูแลระยะกลางสาขา กลุ่มวัยผู้สูงอายุ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาทารกแรกเกิด หรือการพัฒนาาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาอื่น ๆ ที่สอดคล้อง กับภารกิจกรมการแพทย์ อย่างน้อย 1 ด้าน	กิจกรรมการสนับสนุนด้านวิชาการหรือการ จัดบริการตามภารกิจของกรมการแพทย์
5	โรงพยาบาล / สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค	รายงานสรุปผลการดำเนินงานและปัญหา อุปสรรค

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

โครงการ การดำเนินงานตามนโยบาย Cancer Anywhere ในเขตสุขภาพ

การเข้ารับการรักษามะเร็งในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษา ปกติแล้วจะต้องผู้ป่วยอาจจะต้องใช้เวลาเพื่อรอ
คิวในขบวนการของโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละขั้นตอนมักจะใช้เวลานาน อาจจะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน กว่าที่เราจะทราบ
ว่าเป็นมะเร็งชนิดใด จุดนี้เองทำให้เรามีโอกาสการรักษาได้ช้า และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นและเพิ่มระยะของมะเร็ง
ได้ ซึ่งถือว่าเป็นคอขวดที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการรักษาได้ช้า ทั้งในเรื่องระบบส่งตัวและการวินิจฉัย

นโยบาย Cancer Anywhere เป็นนโยบายที่จัดทำขึ้นเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นโรคมะเร็ง ได้รับบริการการรักษาครอบคลุมทุกระบวนการ ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและใกล้บ้านโดยเร็วที่สุด
สามารถรักษาข้ามเขต ข้ามจังหวัดได้ โดยประกาศใช้เมื่อ 1 ม.ค. 2564 ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบบริการและได้รับ

การรักษาพยาบาลด้วยความรวดเร็ว ทั้งยังรองรับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่างพื้นที่ที่มีความพร้อมโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวและไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

จากนโยบาย “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ Cancer Anywhere” ของกรมการแพทย์นั้น ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงมีการดำเนินงานตามนโยบายกรมการแพทย์ และได้มีการพัฒนาโปรแกรม Thai Cancer-based เพื่อช่วยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพพัฒนาแพลตฟอร์ม The ONE ซึ่งสามารถจองคิวการตรวจทางรังสีวินิจฉัย จองคิวการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด มีแอปพลิเคชัน Cancer Anywhere สำหรับให้ผู้ป่วยสามารถดูข้อมูลการรักษาและเพิ่มช่องทางการตอบคำถามผ่าน Line @ Cancer Anywhere, Email, Fax และทางโทรศัพท์ให้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปให้ได้รับความสะดวกและได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามนโยบายฯ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขามะเร็งของประเทศไทย ได้เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการระบบเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงตามประเด็น “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้” จึงต้องการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบรับส่งต่อและการประสานงานผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งทั้งด้านข้อมูลระบบการจัดการและเครือข่าย ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการพัฒนาเครื่องมือเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งทำให้สถานพยาบาลที่รับส่งต่อมีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจวินิจฉัยและรักษารวมถึงเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารจัดการคิวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งทำให้ได้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว

นอกจากการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรในระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งให้มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยี มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งสามารถเตรียมความพร้อมข้อมูลการเจ็บป่วยตามความจำเป็นของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายมีการประสานงานที่ดีกับสถานพยาบาลตามเครือข่ายที่กำหนดผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการและคิวการรักษาที่เหมาะสมซึ่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ดำเนินโครงการ “การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง” จำนวน 12 รุ่น ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินเป็นไปอย่างต่อเนื่องมีการติดตามผลการดำเนินงานจากการปฏิบัติจริงและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในหน่วยบริการ ดังนั้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงได้จัดทำ “โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามนโยบาย Cancer Anywhere ในเขตสุขภาพ”

โครงการที่ได้ดำเนินการ

1. โครงการบูรณาการโรคมะเร็งรักษาทุกที่ก็ได้ Cancer Anywhere สัญจร กรมการแพทย์

จัดประชุมนิเทศติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามนโยบาย Cancer Anywhere ในเขตสุขภาพ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยจัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เขตสุขภาพที่ 12 จัดขึ้นวันที่ 29 - 30 มิถุนายน 2565 ณ โรงแรมสยามออเรียนทัล จ.สงขลา

มีผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 126 คน

- ครั้งที่ 2 เขตสุขภาพที่ 6 จัดขึ้นวันที่ 20 - 21 กรกฎาคม 2565 ณ โรงแรมการ์เด็นซีวิว รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 133 คน

2. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามนโยบาย Cancer Anywhere ในเขตสุขภาพ

จัดประชุมนิเทศติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามนโยบาย Cancer Anywhere ในเขตสุขภาพ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยจัดขึ้นทั้งหมด 2 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เขตสุขภาพที่ 5 จัดขึ้นวันที่ 11 – 12 พฤษภาคม 2565 ณ โรงแรมคุ้มดำนรินทร์รีสอร์ท จ.ราชบุรี
มีผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 134 คน
- ครั้งที่ 2 เขตสุขภาพที่ 2 จัดขึ้นวันที่ 10 – 11 สิงหาคม 2565 ณ โรงแรมท็อปแลนด์ จ.พิษณุโลก
มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 91 คน
- ครั้งที่ 3 เขตสุขภาพที่ 10 จัดขึ้นวันที่ 17 – 18 สิงหาคม 2565 ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ จ.อุบลราชธานี
มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 94 คน
- ครั้งที่ 4 เขตสุขภาพที่ 1 จัดขึ้นวันที่ 7-8 ธันวาคม 2565 ณ โรงแรมวินทรีซิตี รีสอร์ท จังหวัดเชียงใหม่
มีผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 105 คน
- ครั้งที่ 5 เขตสุขภาพที่ 11-12 จัดขึ้นวันที่ 13-14 ธันวาคม 2565 ณ โรงแรมอวานี อ่าวนางคลิฟ รีสอร์ท
จังหวัดกระบี่ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 100 คน
- ครั้งที่ 6 เขตสุขภาพที่ 9-10 จัดขึ้นวันที่ 16-17 มกราคม 2566 ณ โรงแรม ดิ อิมพีเรียล โศเทล แอนด์ คอนเวนชั่น
เซ็นเตอร์ จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 102 คน

กลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 โครงการ (จำนวนคน) : คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง เจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานด้านโรคมะเร็ง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ สังกัด
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่เขตสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อประชาชน :

- การดำเนินงานด้านโรคมะเร็ง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้
อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

- การดำเนินงานตามนโยบาย “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้” สามารถทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มี
คุณภาพอย่างเท่าเทียม นำไปสู่การจัดปัญหาความเหลื่อมล้ำ และช่วยให้ประชาชนก้าวข้ามข้อจำกัดต่าง ๆ ได้

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานในบางพื้นที่ ทำให้เกิดการไม่เข้าใจในการดำเนินงาน ซึ่งอาจจะทำให้
การทำงานเกิดปัญหาด้านความต่อเนื่องของการดำเนินงาน

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

ให้มีการจัดประชุมในทุกปี เพื่อให้มีเวทีในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การดำเนินงาน อีกทั้งสามารถกำหนดแนว
ทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. รายละเอียดโครงการที่ได้ดำเนินการ
2. ภาพถ่ายกิจกรรม
3. การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2207

คำอธิบาย :

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561 – 2580) ด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เน้นความสุขของเจ้าหน้าที่ และความยั่งยืนของระบบ ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์สำคัญ ประกอบด้วย (1) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention, Promotion and Protection excellence) (2) บริการเป็นเลิศ (Service excellence) (3) บุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) และ (4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) เน้นให้มี “การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐ ให้สาธารณสุขไทยเป็นเรื่องง่าย สะดวก เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว” สอดคล้องกับเข็มมุ่งของกรมการแพทย์ ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care)” จึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูลองค์ความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการ และมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง

มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) คือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

มาตรฐาน AHA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (AHA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแกร่ง และมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป

มาตรฐาน JCI (Joint commission International Accredited) คือ กระบวนการประเมินสถานพยาบาล โดย The Joint Commission (USA) เพื่อพิจารณาว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนด (มาตรฐาน) ที่ถูกออกแบบมาเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย กระบวนการรับรองเป็นไปโดยความสมัครใจ มาตรฐานเพื่อการรับรองจะคำนึงถึงระดับสูงสุดที่สามารถบรรลุได้ในทางปฏิบัติ (optimal and achievable) เพื่อให้องค์กรมีความมุ่งมั่น

ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลที่ปลอดภัย และทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย และบุคลากร เป็นการรับรองที่ได้รับความสนใจจากทั่วโลก ว่าเป็นเครื่องมือการจัดการและประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิผล

การรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Certification : PDSC) เป็นการส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (DSC) โดยใช้มาตรฐานเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards; PDSS) เป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะที่เมื่อรวบรวมได้หลายโรค / หลายระบบ จะก้าวสู่การขอรับรอง Advanced HA ได้ต่อไป การรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค / เฉพาะระบบยังเป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วย

- (1) ค้นหาเพื่อยกย่องชมเชย clinical excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้
- (2) ส่งเสริมการใช้แนวคิด continuous improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

มาตรฐานอื่น ๆ ที่โรงพยาบาล / สถาบัน ขอรับการประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	รายงานข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล / สถาบัน
2	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ
3	จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน ตามบริบทของหน่วยงาน
4	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานฯ
5	สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	รายงานข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล / สถาบัน	รายงานข้อมูลพื้นฐาน ผ่าน Google forms ภายในวันที่ 31 มกราคม 2566
2	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ - กรณีไม่มีการแต่งตั้ง กกก.พัฒนาคุณภาพฯ ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานมีการดำเนินการพัฒนาฯ เช่น คำสั่ง กกก.บริหารฯ /วาระและรายงานการประชุมที่มีการระบุ / มอบหมาย / กำหนดให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล / สถาบัน เป็นต้น
3	จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน ตามบริบทของหน่วยงาน	แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน จะดำเนินการในปีงบประมาณ (แบบฟอร์มที่ 1)
4	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานฯ	รายงานผลการดำเนินงานตามแผนฯ ที่กำหนดระบุปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (สรุปผลการดำเนินงาน ณ เดือนกรกฎาคม 2566)
5	สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey (ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566)	สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey (แบบฟอร์มที่ 2)

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จในการพัฒนา สถานบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน	5	5	5	0.2500

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการรายงานข้อมูลพื้นฐานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานที่โรงพยาบาล / สถาบัน ตามบริบทของหน่วยงาน
3. ดำเนินการจัดทำข้อมูลสรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey และรายงาน

ผลการดำเนินงานตามแผนฯ ที่กำหนด โดยดำเนินการร่วมพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และผู้รับบริการ ดังนี้

- (1) ใช้ระบบ Scan เอกสาร (Paperless)
- (2) พัฒนาระบบการลงทะเบียนรับบริการด้วยตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ และ Mobile App.
- (3) พัฒนาระบบนัดหมายผ่าน Website/ Mobile App.
- (4) ขยายโอกาสการเข้าถึงสำหรับผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ กลุ่มเสี่ยงมะเร็ง โดยการคัดกรอง Pre-Hospital โดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคมะเร็ง และนัดหมายผ่าน Website & Mobile App.
- (5) ปรับรูปแบบการนัดหมาย จากเดิมเป็นช่วงเวลา เป็นการกำหนดเวลานัดหมายที่ชัดเจน
- (6) จัดบริการจอแสดงสถานะลำดับการรอเข้ารับบริการแต่ละหน่วยงาน

อีกทั้งยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งผลการตรวจทาง Application NCI EASY ผู้รับบริการทุกรายที่ตรวจ Pap smear ได้รับการตรวจทาง Application 95 % อีก 5 % เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่สะดวกกับผลการตรวจทาง Application ผู้รับบริการได้รับผลการตรวจรวดเร็ว ภายใน 3 สัปดาห์ เท่ากับ 86% และสามารถลดขั้นตอนการส่งผลการตรวจจาก 7 ขั้นตอน เหลือ 3 ขั้นตอน ความพึงพอใจโดยรวมต่อการรับผลการตรวจทาง Application เท่ากับ 89.1% รวมไปถึงการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการด้วยแอปพลิเคชัน (NCI Nutrition Application) เพื่อใช้ในการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการให้ได้มาตรฐาน ซึ่งผลการวิจัยและการวิจารณ์ผลการวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์ได้ Nutrition Application ในการติดตามการรักษาด้านโภชนาการอย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การขยายผลให้โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค 7 แห่ง นำ Nutrition Application ใช้งานได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

ผู้รับบริการบางราย ไม่ได้เข้าไปตรวจสอบใน Application ส่งผลให้ทราบผลการตรวจล่าช้า มีการพัฒนาต่อยอดระบบการแจ้งเตือนให้กับผู้รับบริการรับทราบ เมื่อมีผลการตรวจออก และแนะนำให้ Update Application อยู่เป็นประจำ เพื่อให้ Application พร้อมใช้งานตลอดเวลา

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. แบบรายงานข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล / สถาบัน
2. แผนพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล / สถาบัน (แบบฟอร์มที่ 1, 2)
3. สรุปผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผ่านระบบ HA Survey
4. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 2.2 ระดับความสำเร็จของการสมัครรางวัลเลิศรัฐ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2207

คำอธิบาย :

สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อยกระดับการบริหารจัดการภาครัฐ การบริการ และการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกการมอบรางวัลเลิศรัฐ

รางวัลเลิศรัฐ ที่หน่วยงานสามารถส่งผลงานสมัคร แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

(1) รางวัลบริการภาครัฐ (Thailand Public Service Awards : TPSA) เป็นรางวัลอันทรงเกียรติที่มอบให้กับหน่วยงานของรัฐที่มีผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว โปร่งใส เป็นธรรม และเป็นที่ยังพอใจ ดังนั้นหน่วยงานที่ได้รับรางวัลบริการภาครัฐ จึงถือได้ว่าเป็นหน่วยงานที่มีผลการทำงานในการยกระดับคุณภาพการให้บริการที่ประสบผลสำเร็จ และสามารถสร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นให้หน่วยงานมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเภทรางวัล

- 1) นวัตกรรมบริการ
- 2) พัฒนาการบริการ
- 3) ประเภทขยายผลมาตรฐานการบริการ
- 4) ประเภทบูรณาการข้อมูลเพื่อการบริการ
- 5) ประเภทยกระดับบริการที่ตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด 19
- 6) ประเภทยกระดับการอำนวยความสะดวก

(2) รางวัลบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม เป็นรางวัลที่มอบให้กับหน่วยงานภาครัฐ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และสร้างขวัญกำลังใจในการเปิดระบบราชการให้ประชาชนและภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการและทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) การรับฟังความคิดเห็น (consult) การเข้ามาเกี่ยวข้อง (Involve) ไปจนถึงการสร้างความร่วมมือ (Collaborate) ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมอำนาจและศักยภาพของประชาชนให้เข้มแข็ง รวมทั้งสร้างความภาคภูมิใจของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนหรือผลักดันการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ อันนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารราชการที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเภทรางวัล ได้แก่

- 1) เปิดใจใกล้ชิดประชาชน (Open Governance)
- 2) สัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม (Effective Change)
- 3) ผู้นำหุ้นส่วนความร่วมมือ (Engaged Citizen)
- 4) เลื่องลือขยายผล (Participation Expanded)
- 5) ร่วมใจแก้จน (Collaboration towards Poverty Eradication)

ระดับความสำเร็จในการสมัครรางวัลเลิศรัฐ คือ จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัลเลิศรัฐ

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	โรงพยาบาล / สถาบัน ส่งบุคลากรเข้าอบรม
2	โรงพยาบาล / สถาบัน เสนอชื่อผลงาน
3	โรงพยาบาล / สถาบัน จัดทำ (ร่าง) ผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ
4	โรงพยาบาล / สถาบัน ลงข้อมูลในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th
5	โรงพยาบาล / สถาบัน ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน ในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ
1	โรงพยาบาล / สถาบัน ส่งบุคลากรเข้าอบรม	รายชื่อบุคลากรที่เข้าอบรม / ภาพการเข้าอบรมของบุคลากร
2	โรงพยาบาล / สถาบัน เสนอชื่อผลงาน	ชื่อผลงานที่สมัครรางวัลเลิศรัฐ
3	โรงพยาบาล / สถาบัน จัดทำ (ร่าง) ผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ	ร่างผลงานที่หน่วยงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ
4	โรงพยาบาล / สถาบัน ลงข้อมูลในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th	ภาพถ่ายหน้าจอ (screenshot) การลงข้อมูลในระบบของสำนักงาน ก.พ.ร. ครบถ้วน สมบูรณ์ https://awards.opdc.go.th
5	โรงพยาบาล / สถาบัน ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน ในระบบรับสมัครของสำนักงาน ก.พ.ร. https://awards.opdc.go.th	

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการสมัคร รางวัลเลิศรัฐ	5	5	5	0.2500

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการสมัครรางวัลบริการภาครัฐ
จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- (1) นายแพทย์ศุภวัฒน์ ศิริคุปต์
- (2) นางสาววราภรณ์ พันธุ์ร่าม
- (3) นางสุดิณีย์ ทองจันทร์
- (4) นายปภาวิน แจ่มศรี
- (5) นางสุกัญญา ยิ่งหอกิจไพศาล

2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการจัดทำสรุปลงรายละเอียดของผลงานที่เสนอขอรับรางวัล จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

- (1) HPV Self-sampling ทางเลือกใหม่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดกลัว ลดอาย ทำได้ด้วยตัวเอง
- (2) ระบบการตรวจจับและรับมือข่าวปลอมโรคมะเร็ง
- (3) ระบบบริการแมมโมแกรมเชิงรุกยุคใหม่ เข้าถึง เข้าใจ พัฒนา

3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการร่างผลงานสมัครรางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ประเภท พัฒนาการบริการ

4. ดำเนินการลงข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ในระบบของสำนักงาน ก.พ.ร.

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารแนบ พร้อมภาพถ่ายกิจกรรมเรื่อง HPV Self-sampling ทางเลือกใหม่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ลดกลัว ลดอาย ทำได้ด้วยตัวเอง (ลำดับที่ 40)

2. เอกสารแนบ พร้อมภาพถ่ายกิจกรรมเรื่อง ระบบการตรวจจับและรับมือข่าวปลอมโรคมะเร็ง (ลำดับที่ 45)

3. เอกสารแนบ พร้อมภาพถ่ายกิจกรรมเรื่อง ระบบบริการแมมโมแกรมเชิงรุกยุคใหม่ เข้าถึง เข้าใจ พัฒนา
(ลำดับที่ 53)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	
<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 2.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1525
คำอธิบาย : พิจารณาจากระดับความสำเร็จในการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กรมการแพทย์	
คำนิยาม	
1. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) คือ เครื่องมือการประเมินการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงาน ซึ่งเป็นการประเมินเชิงบวกและเป็นมาตรการป้องกันการทุจริตโดยการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม	
2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานทุกประเภท ตำแหน่งระดับที่ทำงานให้กับหน่วยงานมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี	
3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) หมายถึง บุคคล นิติบุคคล บริษัทเอกชน หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่มารับบริการหรือมาติดต่อตามภารกิจของหน่วยงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	
4. แบบวัดการรับรู้ หมายถึง แบบที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกทางระบบออนไลน์ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) ตามระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม
2	2.1 หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรมเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
	2.2 มีกิจกรรมอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ 1) การประกาศเจตนารมณ์สุจริตในหน่วยงาน 2) ผู้ประสานงานถ่ายทอดความรู้การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และสำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้
3	หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ตามจำนวนที่กำหนด
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2567

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ขั้นตอน/ ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	หลักฐาน	ระยะเวลา ดำเนินการ
1	หน่วยงานส่งชื่อผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรม	ตรวจสอบจากการส่งรายชื่อจาก Google Form	พ.ย. 2565
2	2.1 หน่วยงานส่งผู้แทนหรือผู้ประสานงานที่รับผิดชอบกิจกรรมเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	ตรวจสอบจากการเข้าประชุมผ่านระบบ Teleconference	พ.ย. – ธ.ค. 2565
	2.2 มีกิจกรรมอย่างน้อย ดังต่อไปนี้ 1) การประกาศเจตนารมณ์สุจริตในหน่วยงาน 2) ประสานงาน ถ่ายทอดความรู้การดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity	1) รูปภาพกิจกรรม 2) รูปภาพกิจกรรม 3) ผลสำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัด	ธ.ค. 2565 – ก.พ. 2566

	and Transparency Assessment : ITA) และ สำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้	กิจกรรมถ่ายทอดความรู้	
3	หน่วยงานส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบ วัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก(External) ตามจำนวน ที่กำหนด	ตรวจสอบการส่งรายชื่อตามแบบ ที่ ป.ป.ช. กำหนดทาง e-mail: law.dms@dms.mail.go.th	ม.ค. – มีค. 2566
4	หน่วยงานดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียภายใน (Internal) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภายนอก (External) ร่วมตอบแบบวัดการรับรู้ในระบบ ออนไลน์ ตามจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	จำนวนผู้ตอบแบบวัดการรับรู้ ภาพรวมกรมการแพทย์มากกว่า หรือเท่ากับจำนวนที่ ป.ป.ช. กำหนด	ระยะเวลาที่ ป.ป.ช. กำหนด
5	หน่วยงานสรุปผลการดำเนินงาน พร้อม ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา ITA ในปี พ.ศ. 2567	สรุปผลการดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะ ส่งทางe-mail : law.dms@dms.mail.go.th	ก.ค. 2566

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการ ตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)	5	5	5	0.2500

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. การสร้างเครือข่ายป้องกันการปราบปรามการทุจริตของกรมการแพทย์และร่วมกิจกรรมที่กรมการแพทย์จัดขึ้น
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ดำเนินการจัดกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านคอร์รัปชัน
3. เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินการตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน
ของหน่วยงานภาครัฐ หรือประสานงานที่รับผิดชอบในกิจกรรมของหน่วยงาน
4. ส่งข้อมูลรายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และผู้มีส่วนได้เสียภายนอก

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

มีการควบคุมภายในและตรวจสอบภายในที่เหมาะสม ในการสนับสนุนและขับเคลื่อนให้บุคลากรภายในมี
คุณธรรมในการดำเนินงาน

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ความเข้าใจในกระบวนการประเมิน ITA ของบุคลากรยังไม่ชัดเจน

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

มีการจัดกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมคุณธรรม แก่ผู้บริหารและบุคลากรในทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อยกระดับคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน ให้เป็นที่ประจักษ์ต่อหน่วยงานภายนอก

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. หนังสือที่ สธ 0315/154 ลงวันที่ 30 มกราคม 2565 เรื่อง ขอส่งรายชื่อผู้ประสานงาน รายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และผู้มีส่วนได้เสียภายนอก

2. หนังสือที่ สธ 0329/72 ลงวันที่ 11 มกราคม 2565 เรื่อง ขออนุมัติรายชื่อประชุมเชิงปฏิบัติการ “การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบ”

3. ภาพกิจกรรมการประกาศเจตนารมณ์สุจริตในหน่วยงาน จัดเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2565 หรือ ที่ https://www.nci.go.th/th/New_web/officer/ita4.html

4. หลักฐานการส่งไฟล์ข้อมูลรายชื่อผู้ประสานงาน รายชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน และผู้มีส่วนได้เสียภายนอก ผ่านEmail ในวันที่ 25 มกราคม 2566

5. หนังสือที่ สธ 0315.015/189 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2566 เรื่องขอเชิญประชุมและขอความร่วมมือตอบแบบวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT)

6. หนังสือที่ สธ 0315/912 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2566 เรื่องขอเชิญประชุมและขอความร่วมมือตอบแบบวัดการรับรู้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT)

7. ภาพการตอบแบบวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดเมื่อวันจันทร์ที่ 10 เมษายน 2566 และเมื่อวันศุกร์ที่ 17 มีนาคม 2566 และผลสำรวจความเข้าใจการตอบแบบสำรวจ IIT และ EIT ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมถ่ายทอดความรู้

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.1 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

1. การพิจารณาผลสำเร็จด้านการบริหารงบประมาณประจำปีจะใช้อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงาน จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

2. การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณ

เหตุผล :

ด้วยกรมบัญชีกลางได้จัดให้มีการมอบรางวัลองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังขึ้น ซึ่งรางวัลดังกล่าวมีเจตจำนงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในภาพรวมของส่วนราชการให้มีประสิทธิภาพ โดยยกย่องเชิดชูส่วนราชการที่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมีความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเป็นขวัญกำลังใจให้กับส่วนราชการที่มีการบริหารจัดการภายใน (ด้านการเงินการคลัง) ให้ได้รับการยกย่อง เป็นที่ยอมรับ เพราะการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ส่งเสริมให้ส่วนราชการสามารถปฏิบัติงานในภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

ดังนั้น กองบริหารการคลังในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลัง ในด้านมิติการจัดซื้อจัดจ้าง มิติด้านการเบิกจ่าย มิติด้านการบัญชี จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้กรมการแพทย์ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างความโปร่งใสและเป็นที่ยึดถือศรัทธาของประชาชน

สูตรการคำนวณ :

<p>เงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานเบิกจ่าย+PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566 x 100</p> <p>วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566</p>
<p><u>44,103,586.51 x 100</u></p> <p>49326283.00</p>

โดยที่ :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
ร้อยละการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายภาพรวม	95.53	90.97	76.95		

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2566	68	72	76	80	84

หมายเหตุ

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับร้อยละ 84 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย
กรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมหน่วยงานใน
สังกัดกรมการแพทย์ในระบบ GFMS

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายภาพรวม	5	93.22	5	0.2500

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

เพื่อให้กรมการแพทย์สามารถใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดเป็นไปตามเป้าหมายการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

- กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 76 และรายจ่ายลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 84 ในไตรมาสที่ 3
- รายงานเงินงบประมาณส่วนใหญ่เป็นงบบุคลากร และงบดำเนินงาน (หมวดค่าตอบแทนเงิน พตส.) ซึ่งจะมีระยะเวลารอคอยการเบิกจ่ายเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนของบุคลากร
- เร่งรัดติดตามการเบิกจ่าย กรณีหน่วยงานที่มี PO กันเหลื่อมปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ให้เบิกจ่ายทันภายในสิ้นเดือนกันยายน 2566 เพื่อป้องกันมิให้เงินพักตกไปเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

- มาตรการและแนวทางเร่งรัดติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณ พ.ศ. 2566
- รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 7 กุมภาพันธ์ 2566 (รอบ 6 เดือน)
- รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 23 พฤษภาคม 2566 (รอบ 9 เดือน)
- รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ GFMS ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 8 สิงหาคม 2566 (รอบ 12 เดือน)

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ รอบ 6 เดือน
2. เอกสารรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ รอบ 9 เดือน
3. เอกสารรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ รอบ 12 เดือน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.2 ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1508

คำอธิบาย :

การพิจารณาผลสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน จะใช้อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงาน ทั้งนี้ไม่รวมเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมระหว่างปีงบประมาณ โดยจะใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายดังกล่าวจากระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS)

การให้คะแนนจะพิจารณาตามความสามารถในการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนของหน่วยงานเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ หากมีการโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณระหว่างปี (รายจ่ายประจำปีไปรายจ่ายลงทุน หรือรายจ่ายลงทุนไปรายจ่ายประจำปี) จะนำยอดงบประมาณหลังโอนเปลี่ยนแปลงแล้วมาเป็นฐานในการคำนวณด้วย

รายจ่ายลงทุน หมายถึง รายจ่ายที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาทรัพย์สินประเภททุน ทั้งที่มีตัวตนและทรัพย์สินที่ไม่มีตัวตน ตลอดจนรายจ่ายที่รัฐบาลอุดหนุนหรือโอนให้แก่บุคคล องค์กร หรือรัฐวิสาหกิจโดยผู้รับไม่ต้องจ่ายเงินคืนให้รัฐบาลและผู้รับนำไปใช้จัดหาทรัพย์สินประเภททุน เป็นต้น สามารถตรวจสอบได้จากรหัสงบประมาณรายจ่าย รหัสลักษณะงาน ตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงลักษณะเศรษฐกิจที่สำนักงบประมาณกำหนดให้

สูตรการคำนวณ :

เงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่าย+PO ตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566 x 100
วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่หน่วยงานได้รับ+โอนเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้นปีจนถึงสิ้นเดือน ก.ค. 2566
$20,600,300.00 \times 100$
20,900,000.00

โดยที่ :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน	100	100	75.44		

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 4 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน ลงทุน ณ สิ้นเดือน กรกฎาคม 2566	64	68	72	76	80

หมายเหตุ:

- กำหนดระดับคะแนน 5 เท่ากับ ร้อยละ 80 ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนตามกรมการแพทย์กำหนด
- ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณให้รวมการก่องหนและการเบิกจ่าย (PO+เบิกจ่าย)
- เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบตัวชี้วัด : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ในระบบ 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
ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายงบลงทุน	2	100	5	0.1000

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

เพื่อให้กรมการแพทย์สามารถใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดเป็นไปตามเป้าหมายการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

- กำหนดเป้าหมายการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายภาพรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 และรายจ่ายลงทุนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ในไตรมาสที่ 4
- ให้เร่งรัดการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา โดยจัดแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณโดยผูกพันใหม่

ทุกรายการที่ได้รับจัดสรร

3. เร่งรัดติดตามการเบิกจ่าย กรณีหน่วยงานที่มี PO กันเหลื่อมปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ให้เบิกจ่ายทันภายในสิ้นเดือนกันยายน 2566 เพื่อป้องกันมิให้เงินพักตกไปเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. รายงานจากระบบ GFMIS ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 7 กุมภาพันธ์ 2566 (รอบ 6 เดือน)
2. รายงานจากระบบ GFMIS ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 23 พฤษภาคม 2566 (รอบ 9 เดือน)
3. รายงานจากระบบ GFMIS ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 8 สิงหาคม 2566 (รอบ 12 เดือน)

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ รอบ 6 เดือน
2. เอกสารรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ รอบ 9 เดือน
3. เอกสารรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณจากระบบ รอบ 12 เดือน

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : (1) คณะทำงานอนุรักษ์พลังงาน (2) หัวหน้างานซ่อมบำรุงรักษา
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1312, 2925

คำอธิบาย :
พลังงานเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมแต่ประเทศไทย มิได้มีแหล่งพลังงานเชิงพาณิชย์ภายในประเทศมากพอกับความต้องการ ทำให้ต้องพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันมูลค่ากว่า 5 แสนล้านบาท แนวทางสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเพิ่มความต้องการใช้พลังงานของประเทศ คือ การส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัดในทุกภาคส่วน คณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555 ได้มีมติให้หน่วยงานราชการดำเนินมาตรการลดใช้พลังงานลงให้ได้อย่างน้อย 10% เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับภาคเอกชนภาคประชาชน 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	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จ และครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยกิโลวัตต์ – ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี
	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า หน่วยkWh; กิโลวัตต์ – ชั่วโมง และ ข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จ ก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสารที่ใช้ในการตรวจสอบ
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th อย่างชัดเจน	– Print Screen หน้ารายงานการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
2	มีการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th	– Print Screen หน้ารายงานการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
3	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปี

	ที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จ และครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก	งบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th
4	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์ – ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปี งบประมาณ 2566 ครบถ้วน 7 เดือน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 6 เดือนแรก	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนตามรอบการประเมินรอบที่ 1 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน ส.ค. 2565 – ก.พ. 2566)
5	มีการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. ครบถ้วน ตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงานประจำปี งบประมาณ 2566 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566)
	มีการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า หน่วย kWh; กิโลวัตต์ – ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปี งบประมาณ 2566 ครบถ้วน ตามรอบการประเมินรอบที่ 2 ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566) แล้วเสร็จก่อนเจ้าภาพตรวจตัวชี้วัดรอบ 1 ปี	– Print Screen หน้ารายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง ไฟฟ้า และข้อมูลปริมาณพลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วน ในเว็บ http://www.e-report.energy.go.th (เดือน มี.ค. 2566 – ก.ค. 2566)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			หมายเหตุ
		2563	2564	2565	
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรการประหยัดพลังงานของหน่วยงาน	ระดับความสำเร็จ	5	5	5	

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. ดำเนินการกำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานผลการใช้พลังงานในเว็บ
2. ดำเนินการปรับปรุงมาตรการประหยัดพลังงาน ปีงบประมาณ 2566 ในเว็บ
3. ดำเนินการรายงานข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินปริมาณการใช้พลังงานมาตรฐาน และค่าดัชนีการใช้พลังงาน ประจำปีงบประมาณ 2566 ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สนพ. กำหนดได้แล้วเสร็จและครบถ้วนในเว็บ
4. ดำเนินการรายงานข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริงไฟฟ้า หน่วยกิโลวัตต์ - ชั่วโมง และข้อมูลปริมาณพลังงานที่ใช้จริง น้ำมัน หน่วย ลิตร ประจำปีงบประมาณ 2566 ครบถ้วนในเว็บ

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. print screen การรายงานตัวชี้วัดรอบ 6 เดือน (สิงหาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566)
2. 1 print screen การรายงานตัวชี้วัดรอบ 12 เดือน (มีนาคม - กรกฎาคม 2566)

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	
<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 4.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1524
คำอธิบาย : <p>การบริหารแผนปฏิบัติการ คือ การบริหารจัดการองค์กรให้มีการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนงาน ตามแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานภายใต้กรอบงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากแหล่งเงินต่าง ๆ อาทิ เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินนอกงบประมาณโดยหน่วยงานตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ทั้งจุดเด่น จุดที่ต้องพัฒนา หรือข้อบกพร่อง ที่เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบการทำงานตามภารกิจของหน่วยงานในช่วงปีปัจจุบัน</p> <p>กรมการแพทย์ ดำเนินการสื่อสารและถ่ายทอดแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) โดยมีจุดมุ่งหมายให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทุกแห่งแปลงแผนสู่การปฏิบัติได้อย่างมีทิศทาง และนำองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาองค์กร โดยกระบวนการบริหารที่เป็นระบบ ตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (Action plan) โดยจะสามารถช่วยในการติดตามประเมินผลได้ตลอดเวลา สามารถปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตามสถานการณ์ (Adaptive strategy) และการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมไปถึงเกิดความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถประเมินความเสี่ยง และประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ สู่การวางแผนการบริหารงานอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพยิ่งขึ้นในปีต่อไป</p>	
คำนิยาม : <p>แผนปฏิบัติการหน่วยงาน หมายถึง แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (Action plan) จากแหล่งเงินงบประมาณและเงินบำรุงของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ปรากฏในระบบ PBMS</p> <p>การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ หมายถึง การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งประกอบด้วยโครงการ / กิจกรรม / เป้าหมาย / ระยะเวลา และควบคุมกำกับ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ</p> <p>รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ หมายถึง สถานการณ์การรายงานความก้าวหน้าของโครงการ / กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในระบบ PBMS</p> <p>ผลงานเด่น หมายถึง ผลลัพธ์ของงานสำคัญที่หน่วยงานสามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นรูปธรรม ส่งผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับแนวทางตามเป้าหมาย กลยุทธ์ แผนปฏิบัติราชการเรื่อง และแผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ที่ได้กำหนดไว้</p>	

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปีงบประมาณ 2565 (แผนงาน – แผนเงิน) สรุปผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) รวมทั้งการวางแผนการดำเนินการและการใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2566 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน
2	การเชื่อมโยงแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

แนวทางการประเมินผล :

- พิจารณาจากความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของกระบวนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับคะแนนตามเอกสาร / หลักฐาน ที่แสดงในโปรแกรม PBMS เว็บไซต์หน่วยงาน และเอกสารแนบในระบบรายงานคำรับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) ประกอบการประเมินผล
- หน่วยงานสามารถปรับปรุง / เปลี่ยนแปลง แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณได้ โดยให้จัดส่งรายละเอียดที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหน่วยงานมายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ภายในไตรมาสที่ 2 (มีนาคม 2566) โดยการขอปรับปรุง / เปลี่ยนแปลงแผนปฏิบัติการ ต้องเป็นผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยภายนอกซึ่งไม่ใช่ความบกพร่องของหน่วยงาน และไม่ใช่เหตุการณ์อันเกิดขึ้นได้โดยปกติ ทั้งนี้ ต้องส่งผลกระทบจนไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการที่ระบุไว้
- กรณีที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการ ขอให้ชี้แจงเหตุผลความจำเป็นประกอบการประเมินผล

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566)			
1	การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปีงบประมาณ 2565 (แผนงาน – แผนเงิน) สรุปผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) รวมทั้ง การวางแผนการดำเนินการและการใช้จ่ายปีงบประมาณ 2566 โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน		
	1.1 สรุปผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	0.5	แนบไฟล์เอกสารสรุปผลการวิเคราะห์ฯ ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร
	1.2 รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงานที่ปรากฏวาระของการทบทวน ผลการดำเนินการ ปีงบประมาณ 2565 และจัดทำแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ 2566 ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในข้อ 1.1	0.5	แนบไฟล์รายงานการประชุมฯ ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร
	รวมคะแนน 1.1 + 1.2	1.0	
2	การเชื่อมโยงแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) สู่การจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงาน (Action plan) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
	ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.6 คะแนน		
	2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน	0.6	แนบหนังสืออนุมัติ / เอกสารหลักฐานที่แสดงว่าแผนปฏิบัติการของหน่วยงานได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน ในระบบ E-PA
		0	ไม่มีแนบไฟล์เอกสาร

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
2	ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 0.4 คะแนน		
(ต่อ)	<p>2.2 การบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการ เงินงบประมาณและเงินบำรุง ในระบบ PBMS</p> <p><i>การคิดคะแนน</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> $\frac{A}{B} \times 100$ </div> <p>A = จำนวนโครงการเงินงบประมาณและเงิน บำรุงที่บันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS</p> <p>B = จำนวนโครงการทั้งหมดที่ได้รับจัดสรร งบประมาณและจำนวนโครงการเงินบำรุง ทั้งหมดที่สอดคล้องและตอบสนองต่อ แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์</p> <p><i>* หมายเหตุ</i></p> <p>1. ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือนโครงการวิจัยที่ ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการศึกษาวิจัย</p> <p>2. โครงการเงินบำรุงทั้งหมดที่สอดคล้องและ ตอบสนองต่อแผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์คือ โครงการที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานพิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นโครงการที่สอดคล้องและตอบสนองต่อ แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์(ตามแผนเงินบำรุง ของหน่วยงานที่ได้รับอนุมัติ)</p> <p>3. ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน</p>	0.4	<p>บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้องและ ข้อมูลครบถ้วน ภายในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้โครงการที่บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ดังกล่าว จะต้องมีการดำเนินการ โครงการให้แล้วเสร็จภายใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนมีนาคม 2566 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 และ - เดือนสิงหาคม 2566 มากกว่าหรือเท่ากับร้อย ละ 90
		0.2	<p>โครงการที่บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ดังกล่าว จะต้องมีการดำเนินการโครงการ ให้แล้วเสร็จภายใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนมีนาคม 2566 น้อยกว่าร้อยละ 50 และ - เดือนสิงหาคม 2566 น้อยกว่าร้อยละ 90
		0.0	<p>กรณีหน่วยงานไม่มีการบันทึกข้อมูลแผนปฏิบัติ การทั้งเงินงบประมาณและ เงินบำรุง ในระบบ PBMS</p>
	รวมคะแนน 2.1 + 2.2	1.0	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
3	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 4 เดือนแรก ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด *		
	<p><i>การคิดคะแนน (1)</i></p> $\frac{A}{B} \times 100$ <p>A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ต.ค. 2565 – ม.ค. 2566</p>	0.5	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
		0	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน น้อยกว่าร้อยละ 80
	<p><i>การคิดคะแนน (2)</i></p> $\frac{C}{D} \times 100$ <p>C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้วในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด</p>	0.5	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล** การดำเนินงานในระบบ PBMS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 <i>** สรุปผล หมายถึง การสรุปผลโครงการที่เสร็จสิ้น โดยให้รายงานผลการดำเนินงานที่ระบุผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์โครงการ พร้อมทั้งระบุเหตุผลหากจำเป็นต้องดำเนินการในปีถัดไป</i>
		0	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล** การดำเนินงานในระบบ PBMS น้อยกว่าร้อยละ 30
	<p>* หมายเหตุ</p> <p>1. ยกเว้นโครงการที่มีลักษณะเหมือนโครงการวิจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาตามกรอบการศึกษาวิจัย</p> <p>2. ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน</p>	0	กรณีหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณและเงินบำรุง
	รวมคะแนน (1) + (2)	1.0	

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
รอบที่ 2 : 6เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2566)			
4	การรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ใน 6 เดือนหลัง ก.พ. – ก.ค. 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบ PBMS ทั้งเงินงบประมาณและเงินบำรุง และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด *		
	<p><i>การคิดคะแนน (1)</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> $\frac{A}{B} \times 100$ </div> <p>A = จำนวนโครงการที่มีการรายงานความก้าวหน้าในระบบ PBMS B = จำนวนโครงการที่มีระยะเวลาดำเนินการตามแผนปฏิบัติการในระบบ PBMS ในระหว่าง ก.พ. – ก.ค. 2565</p>	0.5	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน <u>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</u>
		0	(1) บันทึกข้อมูลในระบบ PBMS ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u>
	<p><i>การคิดคะแนน (2)</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> $\frac{C}{D} \times 100$ </div> <p>C = จำนวนโครงการของหน่วยงานที่มีการรายงานเสร็จสิ้นโครงการแล้วในระบบ PBMS D = จำนวนโครงการของหน่วยงานในระบบ PBMS ทั้งหมด</p> <p><i>* หมายเหตุ - ยกเว้นโครงการเงินอุดหนุน</i></p>	0.5	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล ** การดำเนินงานในระบบ PBMS <u>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80</u>
			<i>** สรุปผล หมายถึง การสรุปผลโครงการที่เสร็จสิ้น โดยให้รายงานผลการดำเนินงานที่ระบุผลผลิต ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์โครงการ พร้อมทั้งระบุเหตุผลหากจำเป็นต้องดำเนินการในปีถัดไป</i>
		0	(2) ดำเนินการเสร็จสิ้นและสรุปผล** การดำเนินงานในระบบ PBMS <u>น้อยกว่าร้อยละ 80</u>
		0	กรณีหน่วยงานที่ไม่มีโครงการเงินงบประมาณและเงินบำรุง
	รวมคะแนน (1) + (2)	1.0	
ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล

คะแนน			
5	การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		
	ส่วนที่ 1 คะแนนเต็ม 0.8 คะแนน		
	5.การรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นในแต่ละแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 * รายละเอียดการเขียนผลงานเด่น 1.ชื่อประเด็น (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน) 2. ชื่อผลงาน 3. หลักการและเหตุผล 4. กระบวนการทำงาน (ขั้นตอน กิจกรรม) 5. ประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อหน่วยงาน กรมฯ กระทรวงฯ ประเทศ และประชาชน) <i>*แนบรูปภาพ (ไฟล์) .jpeg อย่างน้อย 2 - 4 รูปต่อประเด็น</i> <i>** แนบแผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566</i> <i>*** เพื่อให้การนำเสนอผลงานมีความชัดเจนควรนำเสนอผลงานโดยนำหลักการคิดเชิงระบบและการวิเคราะห์ SW1H ใช้ประกอบการนำเสนอ</i>	1.0	ผลงานเด่น <u>ครบ</u> ตามแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) อย่างน้อย 1 ผลงาน ต่อแผนปฏิบัติราชการเรื่อง (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) รายงานผ่านระบบ E-PA
		0.5	ผลงานเด่น <u>ไม่ครบ</u> ตามแผนปฏิบัติราชการเรื่อง ภายใต้แผนปฏิบัติราชการหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน) รายงานผ่านระบบ E-PA
		0	ไม่มีการรายงานผลงานเด่น
	รวมคะแนน	1.0	

หมายเหตุ : การรายงานผลการดำเนินงานที่ต้องส่งเอกสาร หลักฐาน ในระบบ E-PA ให้ส่งภายในกำหนดเวลาการเปิดระบบ E-PA ดังนี้

- รอบที่ 1: 4 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – มกราคม 2566) เป้าหมายระดับคะแนนที่ 3
- รอบที่ 2: 6 เดือนหลัง (กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2566) เป้าหมายระดับคะแนนที่ 5

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
ระดับความสำเร็จของการบริหาร แผนปฏิบัติการ (Action plan) หน่วยงาน	6	5	5	0.3000

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. มีการจัดทำทบทวนแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ 2565 โดยนำเข้าไปประชุมคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน เพื่อพิจารณาการปรับแผนเงินบำรุงของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. มีการดำเนินการแจ้งเวียนหนังสือการจัดทำแผนค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2566 ให้ทุกกลุ่มงานทราบดำเนินการตามกำหนดระยะเวลา
3. นำข้อมูลที่กลุ่มงานจัดส่งมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ตามแบบฟอร์มของกรมการแพทย์
4. จัดส่งแผนค่าของงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ทันตามระยะเวลาที่กรมการแพทย์กำหนด
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติมีการจัดทำโครงการที่มีการเชื่อมโยงระหว่างทิศทาง/นโยบายของกรมการแพทย์ กับ ยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
6. การจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ที่ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน
7. หน่วยงานมีการดำเนินการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการในแผนเงินบำรุงประจำปีงบประมาณ 2566
8. จัดส่งแผนปฏิบัติการให้คณะกรรมการบริหารของสถาบันเห็นชอบอนุมัติ
9. ดำเนินการรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ (ในรอบ 6 เดือนหลัง ก.พ. 2566 – ก.ค. 2566) ผ่านระบบบริหารแผนงานและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (PBMS)
10. ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำผลงานเด่นครบทุกเรื่องตามแผนปฏิบัติราชการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รวมจำนวน 8 เรื่อง ดังนี้

- (1) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 1 พัฒนาต่อยอดโปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) เพื่อรองรับการใช้งานตามนโยบาย Cancer Anywhere
- (2) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 2 “ไขข้อสงสัย อะไรที่ผู้ป่วยมะเร็งห้ามกิน” “Anti Fake Cancer Nutrition News”
- (3) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 2 กิจกรรมการจัดการความรู้ (KM) ด้านโภชนบำบัดทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็ง (Hospital Nutrition and Dietetics Knowledge Management)
- (4) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 2 โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลกรมราชทัณฑ์ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่พบบ่อย

(5) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 3 Anti biogram ผู้ป่วยมะเร็ง 7+1

(6) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 3 โครงการอบรมการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งผ่าน Nutrition Application สำหรับโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคทั้ง 7 แห่ง

(7) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 4 เจาะเลือดที่บ้าน

(8) แผนปฏิบัติราชการเรื่องที่ 5 โครงการเตรียมความพร้อมการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุกระบวนการรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification: DSC)

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. เอกสารการวิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา - อุปสรรค (โครงการเงินบำรุง 2565)
2. รายงานการประชุมผู้บริหาร
3. รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ รอบ 4 เดือนแรก
4. หนังสืออนุมัติแผนเงินบำรุง 2566
5. หนังสือขออนุมัติงบประมาณ 2566
6. หนังสืออนุมัติแผนเงินบำรุง 2566 (ปรับแผนครั้งที่ 1)
7. รายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ รอบ 6 เดือนหลัง
8. ผลงานเด่นตามแผนปฏิบัติราชการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	
<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> 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 :	
<p style="text-align: center;">การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) นำผลการประเมินเป็น Input ในการกำหนดแผนงานโครงการใน แผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) มิติที่ 5 คุณภาพชีวิต และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานมีเป้าประสงค์ คือ สร้างองค์กรแห่งความสุขประกอบด้วย 9 ด้าน คือ สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพ เงินดี และการงานดี</p>	
ขั้นที่ 1 ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	
ขั้นที่ 2 นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการ รองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)	
ขั้นที่ 3 สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม	
ขั้นที่ 4 ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ โดยหน่วยงานรายงาน ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	
ขั้นที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) และรายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	
<p style="text-align: center;">บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน</p>	

เกณฑ์การให้คะแนน :	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงานกำหนดแผนงาน / โครงการ รองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)
3	สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money) 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 / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ในระดับความสำเร็จที่ 3, 4 และ 5
- ให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ 4.2.1 การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) รอบ 6 เดือน และรอบ 12 เดือน ผ่านระบบ E-PA พร้อมแนบเอกสารหลักฐานประกอบการดำเนินการตามตัวชี้วัด และส่งเอกสารแก้ไขเพิ่มเติมได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	ทุกหน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2	นำผลจากการวิเคราะห์และแปรผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) รอบที่ผ่านมา เป็นข้อมูลให้หน่วยงาน กำหนดแผนงาน / โครงการรองรับในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)	แผนงาน / โครงการรองรับ ในมิติที่ 5 ของแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) อย่างน้อย 3 ด้าน โดยในรอบ 6 เดือน ให้รายงานในภาพรวมของกรมการแพทย์ที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money และในรอบ 12 เดือน ให้รายงานในภาพของหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินผล 3 อันดับสุดท้าย (ควรมีครบทั้ง 9 ด้าน ภายในรอบ 12 เดือน)
3	สื่อสารแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ให้เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานทราบ และเข้าร่วมกิจกรรม	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3
4	ติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตามแผนงาน / โครงการ และรายงานสรุปและประเมินผลความคืบหน้าการดำเนินการ ผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 4
5	หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยงานต้นแบบ (Role Model) รายงานผ่านระบบ E-PA ตามระยะเวลาที่กำหนด	1. แบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการ การสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 2. แผนงาน / โครงการโดดเด่นที่ได้รับความเห็นชอบและดำเนินการแล้วเสร็จ 1 เรื่อง (เลือกจาก 3 ด้าน คือ Happy Society, Happy Relax และ Happy Money)

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการองค์กรสร้างสุข
2. มีการนำผลการสำรวจองค์กรสร้างสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2564 แล้วนำผลวิเคราะห์ที่ได้มาจัดทำแผนงาน / โครงการ มากำหนดแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์ (HR Scorecard) มิติที่ 5 คุณภาพและชีวิตการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานเพื่อการสร้างองค์กรแห่งความสุข เพื่อให้เป็นตามนโยบายของกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงนำผลการวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (happy public Organization Index) มาวิเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น 9 มิติ คือ มิติสุขภาพกายดี (Happy body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติน้ำใจดี (Happy heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (happy family) มิติสังคมดี (happy Society) มิติไฟเรียดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy money) มิติการทำงานดี (happy work life)
3. ดำเนินการจัดทำข้อมูลตามแบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 3
4. ดำเนินการจัดทำข้อมูลตามแบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 4
5. ดำเนินการจัดทำข้อมูลและคัดเลือกผลงานเด่น เรื่อง Happy Money พร้อมทั้งรายงานตามแบบฟอร์มรายงานแผนงาน / โครงการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS) ระดับความสำเร็จขั้นที่ 5

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน :

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนในเรื่องความสุขของบุคลากรในทุกมิติ
2. บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรม และเสนอความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงโครงการองค์กรสร้างสุข

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

หน่วยงานจำเป็นที่จะต้องนำเอาผลการสำรวจองค์กรสร้างสุขมาวิเคราะห์เพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของบุคลากรที่มีความแตกต่างกัน ทั้งอายุ วุฒิการศึกษา ประเภทการจ้าง และวิชาชีพ

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป :

บางมิติขององค์กรสร้างสุข หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน เนื่องจากไม่ได้มีฐานะเป็นนิติบุคคล กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ฉะนั้น กรมการแพทย์ที่มีอำนาจและมีข้อมูลในภาพรวม น่าจะสามารถดำเนินกิจกรรมบางอย่างเพื่อสนับสนุนหน่วยงานได้มากขึ้น

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy DMS)
2. หนังสือ 0315.015/034 วันที่ 18 ตุลาคม 2565 เรื่อง ขออนุมัติโครงการและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ 2566
3. หนังสืออนุมัติจัดโครงการองค์กรสร้างสุข
4. แบบฟอร์มความสำเร็จขั้นที่ 3
5. แบบฟอร์มความสำเร็จขั้นที่ 4
6. แบบฟอร์มความสำเร็จขั้นที่ 5

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด) <input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.2 บันทึกรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1523
คำอธิบาย : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หมายถึง การดำเนินการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่หน่วยงานออกคำสั่ง เพื่อให้ระบบข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหวทุก 2 เดือน คำนิยาม : ความเคลื่อนไหว หมายถึง การจ้าง การลาออก การย้าย การเลื่อนค่าจ้างประจำปี คำสั่งแก้ไขความเคลื่อนไหวต่างๆ ของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขภายในหน่วยงาน	
เกณฑ์การให้คะแนน :	
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

แนวทางการประเมินผล :

ให้หน่วยงานบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้กองบริหารทรัพยากรบุคคลจะทำการตรวจสอบข้อมูลความเคลื่อนไหว ทุก 2 เดือน จึงให้หน่วยงานส่งสำเนาคำสั่งฯ ผ่านระบบ Google form ตามแนวทางการประเมินผล ดังนี้

รอบการประเมินที่ 1	รอบการประเมินที่ 2
ครั้งที่ 1 ภายในเดือนตุลาคม 2565	ครั้งที่ 4 ภายในเดือนเมษายน 2566
ครั้งที่ 2 ภายในเดือนธันวาคม 2566	ครั้งที่ 5 ภายในเดือนมิถุนายน 2566
ครั้งที่ 3 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2566	ครั้งที่ 6 ภายในเดือนสิงหาคม 2566

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
1	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 7 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	1. สำเนาคำสั่งฯ ที่ส่งผ่านระบบ Google form 2. วันที่ลงข้อมูลในระบบ HROPS
2	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 6 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
3	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
4	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 4 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่งโดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	

5	บันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทุกราย ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ บุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ภายใน 3 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ออกคำสั่ง โดยมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
---	---	--

หมายเหตุ :

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

จำนวนข้อมูลที่บันทึกความเคลื่อนไหวในระบบ HROPS ภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5)

หมายถึง ข้อมูลที่หน่วยงานบันทึกในระบบ HROPS ถูกต้องครบถ้วน

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

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนน ถ่วงน้ำหนัก
บันทึกฐานข้อมูลระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข (HROPS)	4	5	5	0.2000

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

มีการบันทึกข้อมูลความเคลื่อนไหวของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขนับตั้งแต่วันที่มิคำสั่งจ้างหรือลาออก
ไม่เกิน 3 วันทำการ เว้นแต่ในกรณีไม่สามารถเข้าโปรแกรมได้

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

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

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)	
<input type="checkbox"/> รอบ 6 เดือน <input type="checkbox"/> รอบ 9 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> รอบ 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด : 4.2.3 ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกสาย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ	ผู้จัดเก็บข้อมูล : หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1513	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1523
คำอธิบาย : <p>กรมการแพทย์ ใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS): Department Personnel Information System เป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารจัดการข้อมูลข้าราชการ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ทั้งนี้ จะดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลให้หน่วยงานใช้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันและเพื่อความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลจึงกำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย หากพบข้อมูลบุคลากรไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ให้แจ้งมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันข้อมูลบุคลากรที่หน่วยงานต้องตรวจสอบและแนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องส่งให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none">1) ข้อมูลทั่วไป (ชื่อ - สกุล/วัน เดือน ปี เกิด/เลขบัตรประจำตัวประชาชน/สถานภาพ/ครอบครัว/วันบรรจุเข้ารับราชการ/พันทดลอง/ประวัติการเลื่อนระดับ/เลื่อนเงินเดือน/ฯลฯ)2) วุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรี/ใบประกอบวิชาชีพ (กรณีที่ได้รับวุฒิการศึกษา/วุฒิปัตรีเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)3) ประวัติการศึกษา/อบรมหลักสูตรต่าง ๆ (แนบเอกสารหลักฐานการผ่านหลักสูตรศึกษา/อบรมดังกล่าวด้วย) <p>ทั้งนี้ หากมีการแก้ไข เพิ่มเติม ส่งเอกสารหลักฐานให้กองบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อดำเนินการปรับปรุงข้อมูลต่อไป</p>	

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

แนวทางการประเมินผล :

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลข้าราชการในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ในส่วนของข้อมูลวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตรเพิ่มเติม หรือต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / การศึกษา / การอบรม ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ทุกสาย โดยดำเนินการสำรวจข้อมูลตามแนวทางการประเมินผล ดังนี้

1. กรณีมีวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตรเพิ่มเติม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วันหลังจากได้รับวุฒิการศึกษา / วุฒิบัตรเพิ่มเติม
2. กรณีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / การศึกษา / การอบรม ให้แจ้งเรื่องมายังกองบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน 7 วัน หลังจกดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / การศึกษา / การอบรมเรียบร้อยแล้ว

คำอธิบายแนวทางการประเมิน :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานการ ประเมินผล
1	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิกการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 7 วันทำการ	- สำเนาใบประเมินผลการเรียน (ทรานสคริป) - สำเนาใบรับรองวุฒิ / สำเนาใบปริญญาบัตร
2	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิกการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 6 วันทำการ	- สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ /
3	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิกการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 5 วันทำการ	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ที่ต่ออายุ
4	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิกการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 4 วันทำการ	หมายเหตุ : ลงลายมือชื่อ
5	ตรวจสอบและส่งเอกสารหลักฐานของบุคลากรที่ได้รับวุฒิกการศึกษา / วุฒิบัตร / ใบประกอบวิชาชีพ / การต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสายงานพยาบาล ให้กองบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อปรับปรุงข้อมูลในระบบสารสนเทศ ทรัพยากรบุคคลระดับกรม (DPIS) ทุกสาย ภายใน 3 วันทำการ	และวันที่กำกับในเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ก่อนส่งให้ฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลนั้น ๆ

หมายเหตุ :

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

จำนวนข้อมูลที่ปรับปรุงสำเร็จภายในระยะเวลาแต่ละระดับ (Y1-Y5) หมายถึง ข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขภายในระยะเวลาแต่ละระดับ

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

จำนวนข้อมูลที่ส่งหลักฐานมาแก้ไขทั้งหมด

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

10

10

10

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัด/ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
ข้อมูลบุคลากรในโปรแกรมฯ DPIS ทุกราย ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5	5	5	0.2500

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการส่งข้อมูลการเพิ่มวุฒิใน ก.พ.7 การเพิ่มเงินเดือนตามวุฒิ การส่งใบประกอบวิชาชีพไปที่กรมการแพทย์ ภายใน 3 วันทำการ นับจากการได้รับหนังสือจากหน่วยงานภายใน

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

- สำเนาหนังสือนำส่งกรมการแพทย์
- สำเนาใบประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร/ใบประกอบวิชาชีพ

รายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (รายตัวชี้วัด)

รอบ 6 เดือน รอบ 9 เดือน รอบ 12 เดือน

ชื่อตัวชี้วัด : 4.3 Digital Transformation

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :
รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

ผู้จัดเก็บข้อมูล :
หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 1520

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2413

คำอธิบาย :

กรมการแพทย์จะมุ่งใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการบริการของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ ให้เกิดการบริการภาครัฐ ข้อมูล องค์กรความรู้ ทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับหน่วยงาน มีการบูรณาการงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของหน่วยงาน ทั้งการบริการ บริหาร และวิชาการด้านการแพทย์ รวมถึงยกระดับการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของกรมการแพทย์ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านดิจิทัลได้สะดวกและรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย และการเดินทางของผู้รับบริการและมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง (Smart Hospital) อันนำไปสู่การมีข้อมูลสำหรับประเมินสถานการณ์และปัญหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของประเทศ

แบ่งเป็น 2 กรณี :		น้ำหนัก(ร้อยละ)
กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ	ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation	8
กรณีที่ 2 : หน่วยงานสนับสนุน	ร้อยละของการดำเนินการตาม Digital Transformation	8

กรณีที่ 1 : หน่วยงานบริการ

คำนิยาม :

- พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
 - ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data) ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม เช่น ชื่อ-สกุล, ที่อยู่, เลขบัตรประชาชน, ข้อมูลสุขภาพ, ประวัติอาชญากรรม เป็นต้น
 - บุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Subject), ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (Data Controller) และผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Data Processor)
- ระบบ DMS Telemedicine (Department of Medical Services Telemedicine) ประกอบด้วยระบบการใช้งาน 2 ส่วน คือ
 - Mobile Application** คือ การให้บริการดาวโหลดแอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือทั้งระบบ iOS และระบบ Android สำหรับให้ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้าใช้บริการ ทำการนัดหมายพบแพทย์ การพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลผ่านระบบ VDO Conference ขอนัดรับยา รวมถึงสามารถชำระค่ารักษาพยาบาล ติดตามการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วย และการรับฟังคำแนะนำการใช้ยา ได้โดยไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล ทั้งยังสามารถตรวจดูประวัติการรักษาของตนเองผ่าน Mobile Application ดังกล่าวได้
 - Web Application** คือ โปรแกรมการทำงานในส่วนของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงระบบกับ Mobile Application และระบบ HIS (Hospital Information System) ของโรงพยาบาล เพื่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล ในการ

ตอบรับนัดหมายพบแพทย์ ยืนยันการนัดหมายพบแพทย์ การซักประวัติเบื้องต้นก่อนพบแพทย์ การ ตรวจสอบสิทธิ์ผู้ป่วย การตรวจรักษาของแพทย์ผ่านระบบ VDO Conference บน Web Application การส่งจ่ายและ ตรวจสอบการส่งจ่ายยา โดยเภสัชกร การตรวจสอบการชำระค่ารักษาพยาบาล

การให้บริการของระบบ DMS Telemedicine ประกอบด้วย 5 ฟังก์ชันหลัก ได้แก่ (1) การนัดหมายและการตรวจคัดกรองเบื้องต้น (2) การพบแพทย์ผ่านระบบ VDO Conference (3) การส่งจ่ายยา (4) การชำระค่ารักษาพยาบาล (5) การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ผ่านทางระบบไปรษณีย์และการติดตามตรวจสอบการจัดส่ง

3. ระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคลรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Personal Health Record: PHR) ผู้ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จะมีข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลที่สามารถเข้าถึงและบริหารจัดการข้อมูลได้ด้วยตนเอง (Self-care) ผ่าน 2 ช่องทาง คือ mobile application และ web application

เกณฑ์การให้คะแนน :

ประเด็น	รายละเอียด	เอกสาร / หลักฐานการประเมินผล
1	การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์	แบบประเมินตามแนวทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของกรมการแพทย์
2	การดำเนินการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ตามแนวทางของกรมการแพทย์)	การประเมินตามแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของกรมการแพทย์
3	การจัดเก็บข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลที่เป็นซอฟต์แวร์ของหน่วยงาน (โปรแกรมสำเร็จรูปและงานพัฒนาระบบประเภทโปรแกรมประยุกต์)	แบบรายการข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลประเภทซอฟต์แวร์
4	4.1 การให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine หรือ Telemedicineของหน่วยบริการ กรณี 1 ร้อยละ 10 ของการให้บริการรักษาด้วยวิธีDMS Telemedicine หรือ Telemedicine (จำนวน visit ในการให้บริการทุกรูปแบบ) ดังนี้ 1) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2)โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 3)โรงพยาบาลราชวิถี 4)โรงพยาบาลเลิดสิน 5)โรงพยาบาลสงฆ์ 6) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งทุกแห่ง 4.2 ร้อยละ 50 ของจำนวนห้องตรวจ OPD ที่สามารถให้บริการ DMS Telemedicine หรือ Telemedicine จากจำนวนห้องตรวจ OPD ทั้งหมดของหน่วยบริการ	รายงานการให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine หรือTelemedicine ของหน่วยบริการ (รายงานรอบ 6 เดือนและ 12 เดือน) กรณี 1 รอบ 6 เดือน ร้อยละ 5 รอบ 12 เดือน ร้อยละ 10 หมายเหตุ Telemedicine อื่นๆ ต้องมีมาตรฐานตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564
5	5.1 มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR	5.1 หลักฐานการเผยแพร่และ

mobile application และ PHR web application ต่อผู้มารับบริการ	ประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR mobile application และ PHR web application
5.2 ดำเนินการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม มายัง DMS Big Data แบบ Real Time	5.2 ตรวจสอบจากระบบส่งข้อมูล 43 แฟ้ม

เกณฑ์การให้คะแนน : พิจารณาจากประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

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

การคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน :

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

(1) คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการที่ได้ดำเนินการ :

1. โรงพยาบาลได้ดำเนินการตามนโยบายและแนวทางรักษาความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเคยได้รับการรับรอง ISO27001 ในปี 2563
2. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ที่ออกนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลภายในโรงพยาบาล
3. โรงพยาบาลมีบัญชีทรัพย์สินดิจิทัล
4. โรงพยาบาล ได้ติดตั้งระบบ telemedicine ในห้องตรวจแพทย์มากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ ยังได้ปรับปรุง NCI easy app ให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมต่อระบบ DMS telemedicine ได้โดยไม่ต้อง load app DMS telemedicine อีก
5. โรงพยาบาลเผยแพร่การใช้งาน app NCI easy ผ่านหน้าเว็บไซต์,line official , face book ของโรงพยาบาล
6. ดำเนินการตามหนังสือติดตามของสำนักนิติกรรมการแพทย์ ที่ สร 0324/600 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

(2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินงาน : -

(3) อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

(4) ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในปีต่อไป : -

(5) หลักฐานอ้างอิง :

1. แบบประเมินประกอบการพิจารณาการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ 2566
2. print screen การดำเนินการพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ตามแนวทางของกรมการแพทย์)

3. print screen การจัดเก็บข้อมูลสินทรัพย์ดิจิทัลที่เป็นซอฟต์แวร์ของหน่วยงาน (โปรแกรมสำเร็จรูปและงานพัฒนาระบบประเภทโปรแกรมประยุกต์)
4. print screen การให้บริการรักษาด้วย DMS Telemedicine หรือ Telemedicine ของหน่วยบริการ
5. print screen ร้อยละ 50 ของจำนวนห้องตรวจ OPD ที่สามารถให้บริการ DMS Telemedicine หรือ Telemedicine จากจำนวนห้องตรวจ OPD ทั้งหมดของหน่วยบริการ
6. print screen มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การใช้งาน PHR mobile application และ PHR web application ต่อผู้มารับบริการ
7. print screen ดำเนินการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม มายัง DMS Big Data แบบ Real Time
8. print screen การตอบแบบสอบถาม
9. แบบฟอร์มสำรวจ Software
10. คำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล



กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน
ภารกิจด้านอำนาจการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โทร 3205
