



กรมการแพทย์
“ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต”



กรมการแพทย์
“ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต”



รายงานผล การดำเนินการพัฒนาองค์การ

หมวด 4 ด้านการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
ขององค์การและการจัดการความรู้

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

คำนำ

ตามที่ สำนักงาน ก.พ.ร. ส่งเสริมให้ส่วนราชการดำเนินการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อสร้างความพึงพอใจ ตลอดจนความเชื่อถือไว้วางใจในการทำงานของภาครัฐ พัฒนาไปสู่องค์การที่มีขีดสมรรถนะสูง และการปรับตัวอย่างสมดุลในการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคส่วนอื่น ๆ รวมทั้งเพิ่มศักยภาพด้านการแข่งขันของภาคราชการและระดับประเทศ การสร้างคุณภาพการต่อสังคม การใช้ประโยชน์ของข้อมูลสารสนเทศของส่วนราชการ การจัดการกระบวนการและนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อความสำเร็จของการบริหารจัดการองค์การอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อเป้าหมายของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 รวมทั้งจัดให้มีการมอบรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ส่วนราชการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กรมการแพทย์ ได้นำเกณฑ์คุณภาพดังกล่าวมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบบริหารจัดการของกรมอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้รับการรับรองคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับพื้นฐาน (Certified FL) ในปี พ.ศ. 2559 ได้รับการรับรองคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับพื้นฐาน ฉบับที่ 2 (Certified FL Version 2) ในปี พ.ศ. 2563 ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 1 ด้านการนำองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม และหมวด 6 ด้านกระบวนการคุณภาพและนวัตกรรม ในปี พ.ศ. 2564 ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 2 ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ หมวด 5 ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล และในปี พ.ศ. 2565 ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 3 ด้านการมุ่งเน้นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อเป็นการแสดงศักยภาพขององค์การ และเป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจในการร่วมแรงร่วมใจปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมาย และเป็นที่ยอมรับในระดับชาติ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการบริหารจัดการของกรมการแพทย์ จะเป็นที่ประจักษ์ต่อคณะกรรมการและเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีต่อไป

กรมการแพทย์

30 มีนาคม 2566

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1	1
ลักษณะสำคัญขององค์การ	
ส่วนที่ 2	
การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	
ส่วนที่ 2-1	
การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	
หมวด 1	5
การนำองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม	
หมวด 2	9
การวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	
หมวด 3	12
การมุ่งเน้นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
หมวด 5	17
การบริหารทรัพยากรบุคคล	
หมวด 6	20
กระบวนการคุณภาพและนวัตกรรม	
ส่วนที่ 2-2	
การดำเนินการที่โดดเด่นรายหมวด	
หมวด 4	23
การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์การ	
และการจัดการความรู้	
ส่วนที่ 3	36
ผลลัพธ์การดำเนินการ	

สารบัญภาพ

	หน้า
ส่วนที่ 1	
ลักษณะสำคัญขององค์การ	
ภาพที่ P-1 DMS Ecosystem	2
ส่วนที่ 2	
การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	
ส่วนที่ 2-1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์	
ระดับพื้นฐาน	
ภาพที่ 1-1 ระบบการนำองค์การ	5
ภาพที่ 2-1 กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์	9
ภาพที่ 3-1 แนวทางการบริหารจัดการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	12
ภาพที่ 3-2 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัจจุบันของกรมการแพทย์	13
ภาพที่ 5-1 แนวทางการสร้างความผูกพัน (New DMS Engagement)	18
ภาพที่ 5-2 ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์การ	19
ภาพที่ 6-1 DMS Value Chain	20
ส่วนที่ 2-2 การดำเนินการที่โดดเด่นรายหมวด	
ภาพที่ 4-1 ระบบการติดตามและประเมินผล	23
ภาพที่ 4-2 ตัวอย่าง Dashboard ที่สำคัญ	26
ภาพที่ 4-3 กรอบการวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินงาน	27
ภาพที่ 4-4 แนวทางการปรับปรุงผลการดำเนินการ	28
ภาพที่ 4-5 Cancer Anywhere	29
ภาพที่ 4-6 รายชื่อสถานบริการที่รับ-ส่งต่อ	29
ภาพที่ 4-7 กระบวนการจัดการความรู้	32

ส่วนที่ 1 ลักษณะสำคัญขององค์กร

1. ลักษณะองค์กร

ก. สภาพแวดล้อมของส่วนราชการ

กรมการแพทย์เป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้กรมมีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอด องค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน แก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้าน หรือในระดับตติยภูมิ ที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยมี *วิสัยทัศน์* คือ “ประชาชนสุขภาพดีได้รับ บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค การแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย” และมี *เป้าประสงค์* คือ ❶ การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า ❷ ระบบบริการทางการแพทย์ส่วนบุคคล และ ❸ องค์กรสมรรถนะสูงเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง จากภารกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์นำไปสู่ การวิเคราะห์ความสำคัญเชิงเปรียบเทียบเพื่อนำไปสู่การจัดโครงสร้างองค์กร การออกแบบระบบงาน และกระบวนการทำงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการ ของประชาชนและประเทศชาติ

บุคลากรของกรมการแพทย์มีจำนวนทั้งสิ้น 18,743 คน แบ่งเป็น ❶ **ข้าราชการ** จำนวน 9,841 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ประกอบด้วย 2 สายงาน คือ 1) **สายงานหลัก** ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ฯลฯ จำนวน 8,446 คน คิดเป็นร้อยละ 85.85 2) **สายงานสนับสนุน** ได้แก่ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักทรัพยากรบุคคล นักวิชาการเงินและบัญชี นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ จำนวน 1,395 คน คิดเป็นร้อยละ 14.15 ❷ **ลูกจ้างประจำ** จำนวน 825 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ❸ **พนักงานราชการ** จำนวน 989 คน คิดเป็นร้อยละ 5.28 และ ❹ **พนักงานกระทรวงสาธารณสุข** จำนวน 7,088 คน คิดเป็นร้อยละ 37.82 โดยกรมได้มีการสำรวจเพื่อค้นหาปัจจัย ที่ทำให้บุคลากรผูกพันพบว่า **กลุ่มข้าราชการ** ปัจจัยที่สำคัญคือการแต่งตั้งโยกย้ายที่เป็นธรรม **กลุ่มลูกจ้างประจำ** คือการมีสวัสดิการหลังเกษียณอายุราชการที่เหมาะสม **กลุ่มพนักงานราชการ** คือ การมีสวัสดิการและเงินเดือนที่เหมาะสม และ **กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข** คือการได้รับค่าจ้าง และผลตอบแทนที่เป็นธรรม โดยปัจจัยที่ได้จากการสำรวจนี้จะนำไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี

กรมการแพทย์มีสินทรัพย์ที่สำคัญ ได้แก่ อาคารสถานที่ สินทรัพย์ทางปัญญา อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เทคโนโลยีระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ที่มีศักยภาพสูง ทันสมัย ระบบสนับสนุน และ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคล่องตัว ในการให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งกรมการแพทย์ยังคงดำเนินงานโดยยึดหลักกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่สำคัญ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินงานของกรมเป็นไปอย่างโปร่งใส ถูกต้อง

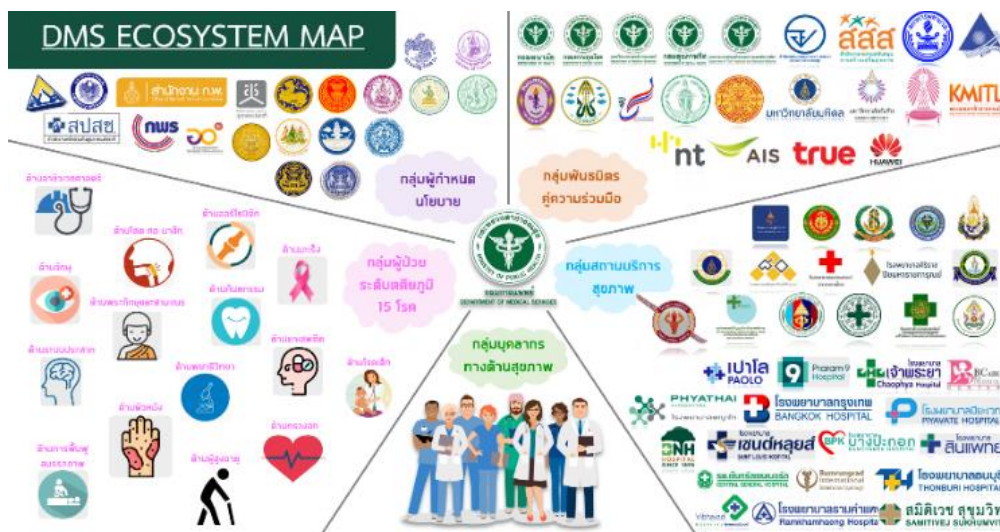
ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร

กรมการแพทย์ประกอบด้วย 44 หน่วยงาน แบ่งเป็น หน่วยงานสนับสนุน 11 หน่วยงาน โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางในกรุงเทพฯ และปริมณฑล 16 แห่ง และโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค จำนวน 17 หน่วยงาน ซึ่งได้กำหนดให้โรงพยาบาล/สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ มีความเชี่ยวชาญในแต่ละ สาขาแตกต่างกันออกไปจำนวนทั้งสิ้น 15 ด้าน ได้แก่ ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ด้านจักษุวิทยา ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านข้อและกระดูก ด้านพระภิกษุและสามเณร ด้านทันตกรรม ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านระบบประสาท ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านโรคเด็ก โดยแต่ละด้านจะพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศของตัวเองตามเกณฑ์การประเมินศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence) ทั้ง 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ❶ การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) ❷ การรับส่งต่อ (Referral Center) ❸ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Center) ❹ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ (Training Center) ❺ การเป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการแพทย์ (Reference Center) ❻ การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy) และ ❼ การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking) โดยจะมีกองวิชาการแพทย์เป็นผู้กำกับ ติดตาม และประเมินศูนย์ความเป็นเลิศทั้ง 15 ด้าน

การกำกับดูแลองค์การถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทางกรมการแพทย์ให้ความสำคัญ เพราะเป็นส่วนที่จะช่วยทำให้องค์กรมีระบบการบริหารและการจัดการที่มีคุณภาพ รวมทั้งมีการเปิดเผยข้อมูลที่โปร่งใส และมีผลการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพ สร้างความสามารถในการแข่งขัน และเพิ่มมูลค่าในการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย โดยมีการดำเนินการกำกับดูแลตนเองที่ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ❶ ด้านรัฐ สังคม และสิ่งแวดล้อม ❷ ด้านผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ❸ ด้านองค์กร และ ❹ ด้านผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังมีระบบกำกับผลการดำเนินงานของกรมผ่านหน่วยงานระดับเหนือกรม ได้แก่ สำนักงาน ก.พ. สำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานงบประมาณ สำนักงานกฤษฎีกา กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

กรมการแพทย์ได้วิเคราะห์ผู้รับบริการจากภารกิจของกรม เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังในแต่ละกลุ่มอย่างสมดุล รวมทั้งออกแบบวิธีการส่งมอบพร้อมกับกลไกในการสื่อสารในแต่ละกลุ่มให้มีความเหมาะสม รวมทั้งได้จัดทำ DMS Ecosystem ทำให้เห็นภาพรวมว่ามีหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกันในการให้บริการหรือส่งมอบงานต่อกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ซึ่งต้องอาศัยกลไกที่สำคัญในการสื่อสาร ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ จำเป็นต้องมีข้อกำหนดสำคัญในการปฏิบัติงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานร่วมกัน



ภาพที่ P-1 DMS Ecosystem

ส่วนราชการ / องค์กรที่เกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ ในการปฏิบัติร่วมกัน	ข้อกำหนดที่สำคัญ ในการปฏิบัติงานร่วมกัน	กลไกที่สำคัญในการสื่อสาร
ผู้ส่งมอบ			
1. บริษัทหรือหน่วยงาน ที่จำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	- จัดส่งยา เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์	- จัดส่งตรงสเปค ตรงเวลา ราคาที่เหมาะสม	- พบปะตัวแทนจำหน่าย - ทำสัญญา TOR - ติดต่อผ่าน Social network
2. หน่วยงานรับจ้างเหมา บริการ	- ส่งมอบสินค้าและบริการ ตามที่วางจ้าง	- ส่งมอบสินค้าและบริการ ที่ทันเวลาและมีคุณภาพ	
พันธมิตร			
1. กรมในสังกัดกระทรวง 2. หน่วยงานในกำกับ กสธ. (สรพ. สสส. สปสช.)	- ร่วมจัดทำ CPG - นำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ของกระทรวงไปสู่การปฏิบัติ - ใช้รายงานผลการติดตาม ตัวชี้วัดร่วมกัน	- CPG มีคุณภาพ มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง - ปฏิบัติตามข้อตกลง MOU - ผลการปฏิบัติราชการเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด	- การประชุมชี้แจง สาธิต อบรม นิเทศ - คู่มือ เอกสาร ประกาศ - จัดทำข้อตกลงการปฏิบัติ ราชการ (MOU) ร่วมกัน - การรายงานผลผ่าน ระบบ HDC กระทรวง
3. หน่วยงานภาครัฐที่ บูรณาการกัน	- ข้อตกลงร่วมในการปฏิบัติ ราชการตามนโยบายและกฎหมาย	- ส่งข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา	- การประชุมชี้แจง อบรม นิเทศ - คู่มือ ประกาศ หนังสือ - โทรศัพท์
4. องค์กรวิชาชีพ	- ร่วมจัดทำหลักสูตรแพทย์ เฉพาะทาง และผลิตแพทย์	- แพทย์ต้องมีคุณสมบัติ ตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัย	- จัดทำข้อตกลงร่วม ประชุมชี้แจง - โทรศัพท์ โทรสาร E-Mail
คู่ความร่วมมือ			
1. สถาบันการศึกษา เช่น - มหาวิทยาลัยรังสิต - มหาวิทยาลัยขอนแก่น	- ร่วมจัดทำหลักสูตรพยาบาล เฉพาะทาง / ร่วมผลิตแพทย์ GP - ร่วมทำวิจัยทางการแพทย์	- หลักสูตรได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด - ได้ผลงานวิจัยร่วมกัน	- จัดทำข้อตกลงร่วม - ประชุมชี้แจง - โทรศัพท์ โทรสาร E-Mail

2. สถานการณ์ขององค์กร

ก. สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน

จากเป้าหมายระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้คือ “ประชาชนสุขภาพดีได้รับ บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค การแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย” นั้น กรมการแพทย์จึงได้กำหนดคู่แข่งเพื่อการพัฒนาในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565) คือ ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 10 ประเทศ ทั้งในด้านของคุณภาพชีวิต ด้านอัตราการตาย ด้านบุคลากรทางการแพทย์ และด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อนำมากำหนดเป็นความท้าทายและความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ โดยได้ทำการศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ พบว่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพะของ ไทย อยู่อันดับที่ 3 ร่วมกับมาเลเซีย และเวียดนาม โดยสิงคโปร์อยู่อันดับที่ 1 บรูไนอันดับที่ 2 ดัชนีคุณภาพชีวิต ไทยอยู่อันดับที่ 4 โดยสิงคโปร์อยู่อันดับที่ 1 บรูไนอันดับที่ 2 และ มาเลเซียอันดับที่ 3 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลของไทยมีจำนวนต่อประชากร 10,000 คน อยู่อันดับที่ 4 รองจากสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา สำหรับไทยนับว่าเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมเมื่อเทียบกับคุณภาพของการรักษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะถูกนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดแผน ยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ต่อไป

ประเด็น การเทียบเคียง	ผลการดำเนินงาน										แหล่งข้อมูล เปรียบเทียบ
	ไทย	สิงคโปร์	เวียดนาม	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย	จีน	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	อินเดีย	
ดัชนีชี้วัดสำคัญระดับโลก (World Index)											
อายุคาดเฉลี่ย Life expectancy (LE)	77.84 (4)	83.84 (2)	74.79 (7)	75.80 (6)	70.34 (9)	71.94 (8)	76.71 (5)	84.08 (1)	80.93 (3)	68.93 (10)	Journal of global health 2020 (years)
อายุคาดเฉลี่ยของ การมีสุขภาพดี (HALE)	68.22 (4)	73.74 (1)	66.13 (7)	66.64 (6)	61.86 (9)	63.16 (8)	68.13 (5)	73.25 (2)	70.84 (3)	59.31 (10)	
อัตราการโรที่เป็นปัญหาสำคัญ (Mortality Rate)											
โรคหลอดเลือดสมอง	48.6	25.5	86.6	62.6	130.9	147.1	116.9	25.8	32.4	71.7	World life Expectancy
โรคหัวใจ	63.1	54.7	66.8	157.4	197.3	181.4	114.0	31.6	30.29	160.6	
โรคมะเร็งตับ	22.9	7.0	30.5	7.8	10.5	10.4	23.6	7.9	15.15	23.0	
โรคมะเร็งปอด	21.1	22.3	23.8	19.2	15.8	17.3	36.2	19.6	22.9	89.36	
โรคมะเร็งปากมดลูก	9.1	3.0	5.9	4.9	8.5	9.0	3.3	2.6	2.6	12.9	
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure)											
ค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพต่อ ประชากร (\$)	296	2,633	181	437	142	120	535	4,360	2,625	64	KNOEMA
ค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพต่อ GDP	3.8%	4.1%	5.2%	3.8%	3.8%	2.9%	5.4%	10.7%	8.2%	3.0%	

ข. บริบทเชิงยุทธศาสตร์

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและผลกระทบของกรมการแพทย์ ทำให้ทราบถึงความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สามารถสรุปได้ ดังตาราง

	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (SC : Strategic Challenge)	ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (SA : Strategic Advantage)
ด้านพันธกิจ	SC1 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพที่ดี	SA1 เป็นผู้นำทางการแพทย์ในฐานะสถาบันแห่งชาติหลายสาขา SA2 เป็นแหล่งอ้างอิงที่เอื้อต่อการยอมรับในฐานะผู้เสนอนโยบาย
ด้านการปฏิบัติการ	SC2 ระบบการแพทย์ของไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย	SA3 เป็นสถาบันผลิตแพทย์ ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ในหลายสาขาของประเทศได้รับการยอมรับทั้งภายในและภายนอก
ด้านทรัพยากรบุคคล	SC3 การปรับเปลี่ยน Mindset ของบุคลากร และ การเสริมสร้าง Digital literacy	SA4 มีบุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนเฉพาะโรคเฉพาะทาง ตั้งแต่กลุ่มวัย กลุ่มโรค และมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง และทันสมัย
ด้านสังคม	SC4 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน SC5 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี	SA5 เป็นหน่วยงานที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ ยอมรับ โน้มนำ

ค. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ

กรมการแพทย์ได้นำแนวคิด PDCA มาใช้ในการยกระดับประสิทธิภาพกระบวนการทำงานของกรม และได้มีการบูรณาการกับเครื่องมือสมัยใหม่ อาทิ R2R , RM , BSC , CQI , QA , AAR ตลอดจนนำมาตรฐาน 2Safety , HA , ISO , JCI , Green and Clean มาเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดการสร้างผลผลิตและนวัตกรรมในการปฏิบัติงานใหม่ ๆ ภายใต้ระบบงานหลัก 5 ระบบงาน คือ ❶ ระบบงานบริการทางการแพทย์ ❷ ระบบงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ❸ ระบบงานถ่ายทอดองค์ความรู้ ❹ ระบบงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ และ ❺ ระบบงานบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2.1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

หมวด 1 การนำองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม

กรมการแพทย์มีความมุ่งมั่นดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ของประเทศ ทั้งในด้านวิชาการและด้านบริการ รวมทั้งยกระดับคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้ภารกิจตามกฎหมายที่กำหนดในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ โดยผ่านระบบการนำองค์การ ทั้ง 7 กิจกรรม ที่ถูกยึดโยงกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม จนเป็นแนวทางในการบริหารจัดการที่ถูกส่งต่อผ่านรุ่นสู่รุ่นในรูปแบบ “พีสอนน้อง”



ภาพที่ 1-1 ระบบการนำองค์การ

จากการทบทวนบริบทของกรมการแพทย์ที่ผ่านมา พบว่าเป็นองค์กรที่มี 1) โรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะทางจำนวนมากทั้งที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด 2) บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและความหลากหลายตามแต่ละด้านของศูนย์ความเป็นเลิศที่ถูกกำหนดไว้ในกฎกระทรวง 3) สภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ตั้งอยู่ทั่วประเทศทำให้หน่วยงานแต่ละแห่งมีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน ทั้งหมดนี้ส่งผลให้การวางแผนการดำเนินงานในแต่ละหน่วยงานเกิดความแตกต่างกันไปตามแต่ละศูนย์ความเป็นเลิศ เช่น ด้านมะเร็ง ด้านประสาท ด้านยาเสพติด ด้านผิวหนัง ซึ่งเป็นการดำเนินกิจการไปได้ด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากแรงส่งและพลวัตรของการทำงานในอดีต ซึ่งจากการวิเคราะห์และทบทวนทำให้พบว่าเกิดการสูญเปล่าจำนวนมาก โดยมีสาเหตุมาจากความซ้ำซ้อนของการลงทุน การใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า นอกจากนี้ยังขาดพลังในการขับเคลื่อน พัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวมของประเทศ และด้วยการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคมในโลกยุคใหม่ การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ การก้าวเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ภาวะเศรษฐกิจ การเมือง ตลอดจน โครงสร้างประชากรไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้สภาพแวดล้อมของระบบสุขภาพของประเทศ มีความซับซ้อนและเปราะบางอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนในประวัติศาสตร์ เพื่อเป็นการรับมือความท้าทายดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2560 ผู้บริหารกรมจึงร่วมกัน **1) กำหนดทิศทาง** การดำเนินการภารกิจให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยนำข้อมูลที่สำคัญต่าง ๆ เช่น นโยบายประเทศ ความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อมูลจากการเปรียบเทียบ และข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญ มาใช้ในการวางแผนเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ และประกาศนโยบายปฏิรูปกรมการแพทย์ 4 ด้าน (DMS 4 Reforms) รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดค่านิยมร่วม MOPHDMS เพื่อส่งเสริมให้

บุคลากรเกิดพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติงาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งแก้ปัญหาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศให้เกิดความยั่งยืน

เพื่อให้การปฏิรูปกรมการแพทย์ทั้ง 4 ด้าน แผลงไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผู้บริหารกรมได้ **② ร่วมจัดโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร** ผู้บริหารกรมได้ทบทวนและจัดโครงสร้างการแบ่งงานภายในกรมเพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นโดยเน้นการทำงานแบบบูรณาการ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ **กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มโรงพยาบาล/ สถาบัน** ซึ่งถูกกำหนดเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence: CoE) ทั้ง 15 ด้าน มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ (Service Excellence) การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Training and Technology Transfer) รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) **กลุ่มที่ 2 เป็นกองสนับสนุนส่วนกลาง (Central Division)** มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการสนับสนุนการทำงานของกลุ่มโรงพยาบาล/สถาบัน (CoE) ทั้งทางด้านวิชาการ การเงินการคลัง การบริหารทรัพยากรบุคคล การปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ตลอดจนการตรวจราชการ โดยการทำงานทั้งหมดมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม (Co - Creation) กับทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บริการทางการแพทย์ไปถึงมือประชาชนอย่างรวดเร็วและทั่วถึงมากที่สุด (DMS The Best for The Most) ในขณะเดียวกันผู้บริหารกรมการแพทย์ยังได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมค่านิยมเพราะเชื่อว่าค่านิยมอันดีงามจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีงาม ผู้บริหารกรมจึงได้ร่วมกำหนดพฤติกรรมพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ตามค่านิยม MOPHDMS จนได้มาซึ่ง 37 พฤติกรรมพึงประสงค์ นำไปจัดทำเป็น **แนวทางการส่งเสริมค่านิยมกรมการแพทย์** สื่อสารถ่ายทอดให้บุคลากรของกรมใช้เป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทั้งในเวลาทำงานและนอกเวลาทำงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งปรากฏว่าทุกหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ได้นำค่านิยมไปปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยมกรมการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ” ที่มีผลร้อยละ 100 รวมทั้งผู้บริหารกรมยังได้กำหนดให้มีการประเมินพฤติกรรมองค์กรตามค่านิยม โดยจัดให้มีการสำรวจการแสดงพฤติกรรมตามหลักค่านิยมกรมการแพทย์ของบุคลากร เพื่อค้นหาจุดอ่อนและนำไปออกแบบกิจกรรม โครงการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมและคุณงามความดีที่ตรงกับค่านิยมกรม จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ทรงคุณค่า

การสื่อสารทิศทางนโยบายและแผนการดำเนินการของกรมการแพทย์ เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด จึงได้มีการพัฒนาการสื่อสารของกรมให้เป็นระบบมากขึ้น ภายใต้สโลแกน **“ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ”** **③ การสื่อสารของผู้บริหารกรม** จะแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ 1) การสื่อสารภายใน เป็นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกรมกับบุคลากรภายในกรม และ 2) การสื่อสารภายนอก เป็นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกรมกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยทั้ง 2 รูปแบบได้มีการกำหนดประเด็น/ช่องทางการรับฟัง ทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ให้มีความเหมาะสม นอกจากนี้ยังได้มีการประเมินการรับรู้ความเข้าใจ และภาพลักษณ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการสื่อสารที่ผู้บริหารกรมได้สื่อสารไปมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

ผู้บริหารกรมได้มีความพยายามในการสร้าง **④ กลไกการติดตาม** ผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังโดยกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในด้านต่าง ๆ ที่เป็นภารกิจตามกฎหมายของกรม คือ 1) ผลลัพธ์ด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2) ผลลัพธ์ด้านการรักษาตติยภูมิ 3) ผลลัพธ์ด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ 4) ผลลัพธ์ด้านการกำหนดและรับรองมาตรฐานทางการแพทย์ และ 5) ผลลัพธ์ด้านระบบบริหารจัดการ โดยได้มีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการในทุกระดับ (ระดับกรม ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล) ซึ่งได้กำหนดให้มีการติดตามผล

การดำเนินงานทุก 6 และ 12 เดือน ผ่านระบบการรับรองการปฏิบัติราชการ (E-PA) และจะนำไปพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน แแรงจูงใจ และประกอบการเลื่อนตำแหน่งด้วย นอกจากนี้ผู้บริหารกรมยังมีการติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร (E-MIS) และระบบติดตามผลการตรวจราชการ (DMS Health KPI) นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้ผู้รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นของการปฏิรูปต้องค้นหาความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในเชิงลึก (ระดับพื้นที่) เพื่อนำมาออกแบบการทำงานตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยกำหนดให้มีการจัดทำตัวชี้วัดในทุกระดับเพื่อคอยตรวจสอบการทำงาน ให้มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นพลวัตรในการเรียนรู้ นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานก่อให้เกิดนวัตกรรมทั้งในด้านการบริการและด้านบริหารใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง

5 ผู้บริหารกรมได้ให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลองค์กร เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับระบบการกำกับดูแลองค์กรที่ดี กรมจึงมุ่งเน้นการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ด้านการปฏิบัติงาน** กรมกำหนดให้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการในทุกระดับ
- 2) ด้านการเงิน** กรมกำหนดแนวทางให้ทุกหน่วยงานรายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณทุกเดือนในการประชุมผู้บริหาร
- 3) ด้านการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ** กรมประกาศนโยบาย และนำระบบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) มาขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในระดับหน่วยงานและในระดับกรม
- 4) ด้านการปกป้องผลประโยชน์ของประเทศและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** กรมมีนโยบายการประเมินความคุ้มค่าและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งกรมมีความพยายามในการขับเคลื่อนชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพต่าง ๆ เพื่อเป็นการเสริมสร้างและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยให้มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียม
- 5) ด้านความรับผิดชอบต่อการนำองค์การของผู้บริหาร** ภายหลังจากปรับโครงสร้าง อธิบดีได้กระจายอำนาจไปยังผู้บริหารแต่ละระดับ โดยมอบอำนาจให้รองอธิบดีแต่ละคนดูแลหน่วยงานในสังกัด และแบ่งหน้าที่กำกับแผนปฏิรูป Reform ทั้ง 4 ด้าน และ
- 6) ด้านความรับผิดชอบต่อการวางแผนยุทธศาสตร์** กรมได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการโดยคำนึงถึง แผนแม่บท นโยบายกระทรวง ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ความต้องการ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของบุคลากร ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ฯลฯ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากรมจะสามารถวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่สามารถตอบสนองและแก้ไขปัญหาของทุกกลุ่มได้อย่างตรงจุดและสมดุล

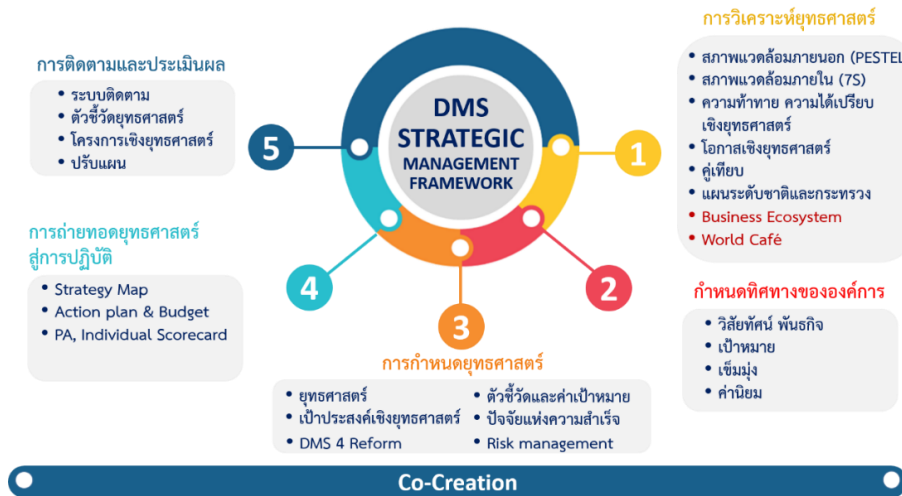
6 ผู้บริหารกรมให้ความสำคัญกับการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและอย่างมีจริยธรรม ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการบริหารจัดการองค์การภายใต้หลักธรรมาภิบาล โดยการประกาศนโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ การประกาศนโยบายการป้องกันการทุจริตและการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม การประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ ขับเคลื่อนผ่านทางคำรับรองการปฏิบัติราชการ นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดให้ทุกหน่วยงานจัดทำคู่มือการให้บริการประชาชน ตามแนวคิด SLA: Service Level Agreement ในทุกกระบวนการทำงานของกรม เพื่อให้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานในทุกด้านของกรมจะเป็นไปตามกฎหมาย และการให้บริการด้วยความเท่าเทียม เป็นธรรม และได้มาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการมอบรางวัลให้กับหน่วยงานคุณธรรมจริยธรรมดีเด่น รวมทั้งการส่งเสริมอย่างข้าราชการที่เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านต่าง ๆ

7 ความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสิ่งที่ผู้บริหารกรมได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยาวนานด้วยความเชื่อมั่นว่า “การเติบโตของกรมการแพทย์ไม่สามารถเป็นองค์กรที่เติบโตอย่างโดดเดี่ยว ภายใต้อสังคัมและชุมชนรอบข้างที่เต็มไปด้วยปัญหาได้” ดังนั้นแนวคิดการเติบโตไปด้วยกัน จึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารกรมในทุกยุคสมัยยึดมั่นและดำเนินการผ่านการประกาศเจตนารมณ์ให้ทุกหน่วยงานในสังกัดดำเนินการ

(1) จัดทำนโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดี (2) มุ่งเน้นการดำเนินงานที่สร้างคุณภาพการต่อสังคม 3) ให้ความสำคัญกับการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม อีกสิ่งหนึ่งที่เป็นเสมือนนโยบายเร่งด่วนที่ผู้บริหารกรมได้ให้ความสำคัญ คือการดำเนินงานของกรมทั้งหมดให้คำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยผู้บริหารกรมได้กำหนดให้สถานบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐาน Green and Clean Hospital ซึ่งปัจจุบันสถานบริการสุขภาพในสังกัดผ่านการประเมินมาตรฐาน Green and Clean Hospital จำนวน 31 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 100 ในระยะถัดไปจะเป็นการส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพหันไปใช้พลังงานทดแทน โดยมีหน่วยงานนำร่องในการติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้าด้วยเซลล์แสงอาทิตย์ (Solar Cell Rooftop) ไปบ้างแล้ว นอกจากนี้ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดที่เป็นการสร้างคุณภาพการต่อสังคมคือการจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ โดยผู้บริหารกรมได้มอบหมายรองอธิบดีเป็น Focal point เตรียมความพร้อมขอความร่วมมือจากทุกหน่วยงานในสังกัดกรม ร่วมสนับสนุนที่อาสาสมัครทางการแพทย์ การพยาบาล และทีมสนับสนุนการปฏิบัติการอื่น ๆ เพื่อช่วยดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนการระดมฉีดวัคซีน ให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยมีสถาบันโรคผิวหนัง เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานให้บริการฉีดวัคซีน ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม จากแรงสนับสนุนจากทุกภาคส่วนนี้ ทำให้เราสามารถร่วมฝ่าฟันวิกฤตและปฏิบัติการกึ่งระดับชาตินี้ได้เป็นผลสำเร็จที่งดงามไปด้วยกันได้ในที่สุด ซึ่งประสบการณ์และการถอดบทเรียนต่าง ๆ จากการดำเนินงานศูนย์ฉีดวัคซีนนี้ จะเป็นหลักประกันที่มั่นคงว่าระบบสาธารณสุขของเรามีความพร้อม มีศักยภาพเพียงพอที่จะรับมือและสามารถฝ่าวิกฤติใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างแน่นอน ทำให้เห็นว่าประเทศเราได้ผ่านวิกฤติโควิด-19 นี้ไปได้แล้ว และพร้อมที่จะเดินหน้าอย่างมั่นคง ยั่งยืนต่อไป และเมื่อปี พ.ศ. 2565 ศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ ได้รับรางวัลเลิศรัฐ สาขาล้ำจูงใจ ด้านภัยโควิด จากสำนักงาน ก.พ.ร. อีกด้วย

ส่วนที่ 2.1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน หมวด 2 การวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

กรมการแพทย์จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (2561-2565) และแผนปฏิบัติการประจำปี โดยคำนึงถึงแผนปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2565) นโยบาย Thailand 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 กรมได้มีการปรับพันธกิจ โดยมุ่งเน้นเสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Co - Creation) กับทุกภาคส่วน การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ (Medical Innovation) เพื่อส่งมอบให้กับประชาชน ให้อย่างรวดเร็วและทั่วถึงมากที่สุด (DMS The Best for The Most) รวมทั้งประกาศนโยบายปฏิรูป กรมการแพทย์ 4 ด้าน (DMS 4 Reforms : Function, Agenda, Area และ System) เพื่อใช้เป็นกลไกเสริม ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของกรมให้สามารถตอบสนองความต้องการและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ของประเทศได้ทัน่วงที ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 กรมได้ทบทวนและปรับแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับ สถานการณ์และยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) และจัดทำยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุงระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของกรมดำเนินการ ตามกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ เพื่อแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ สามารถขับเคลื่อน องค์กรให้บรรลุเป้าหมายโดยมีกระบวนการดังภาพ



ภาพที่ 2-1 กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์

กรมการแพทย์ได้วิเคราะห์ยุทธศาสตร์จากข้อมูลที่สำคัญในทุกมิติอย่างครอบคลุม และสอดคล้อง เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ เครื่องมือการบริหารจัดการที่หลากหลาย ได้แก่ SWOT Analysis (7S's Mckinsey, TOWS Matrix) และ PESTEL รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระบบการดำเนินงานของกรม (DMS Ecosystem) เพื่อการพยากรณ์ ความคาดหวัง เพื่อการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งให้ความสำคัญกับการรับฟังความคิดเห็น ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจากหน่วยงานภายใน และภายนอกกรมการแพทย์ โดยการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (World Cafe) ซึ่งเน้นให้ "ผู้เข้าร่วมทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น" ทำให้กรมมองเห็นความท้าทาย ความสำเร็จ และโอกาสในการพัฒนาได้อย่างครอบคลุม นำมาสู่การ กำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ ที่สามารถขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่าน

การจัดทำแผนปฏิรูปกรมการแพทย์ 4 ด้าน (DMS 4 Reforms) ได้แก่ Agenda Reform, Function Reform, Area Reform และ System Reform ซึ่งเป็นแผนกลยุทธ์การขับเคลื่อนการดำเนินงานของกรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ได้อย่างรวดเร็วและทัน่วงที่ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ภายหลังจากการทำแผนยุทธศาสตร์กรมจะดำเนินการทบทวนระบบงาน ผลผลิตและกระบวนการทำงาน โดยใช้หลักการ SIPOC Model และ Value Chain เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ นำไปสู่การออกแบบระบบงานและกระบวนการที่มุ่งเน้นการผลิตองค์ความรู้และมาตรฐานทางการแพทย์ที่ทันสมัยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ให้บริการทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระบบงานที่สำคัญ คือ ❶ ระบบงานบริการทางการแพทย์ ❷ ระบบงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ❸ ระบบงานถ่ายทอดองค์ความรู้ ❹ ระบบงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ และ ❺ ระบบงานบริหารจัดการ

กรมการแพทย์ได้วางระบบการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ จะกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์ โดยจัดทำตารางแสดงความรับผิดชอบ (OS Matrix : Owner – Supporter Matrix) ซึ่งมีรองอธิบดีกรมการแพทย์ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้แผนงาน/โครงการยุทธศาสตร์ โดยหน่วยงานเจ้าภาพโครงการในแผนปฏิบัติการจะมอบหมายผู้รับผิดชอบตามสายการบริหารลงสู่ระดับบุคคล โดยมีการรายงานความก้าวหน้าการปฏิบัติงานและผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด ซึ่งจะนำไปเชื่อมโยงกับการประเมินและจัดทำคำรับรองการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมจะทำงานร่วมกันภายใต้แนวคิด Co-Creation และใช้แนวทางคุณภาพ PDCA เป็นหลักในการเรียนรู้และปรับปรุงการทำงานในการปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่ายและพันธมิตรได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในเป้าหมายการปฏิบัติงานตามกระบวนการสร้างคุณค่า

กรมการแพทย์จัดสรรทรัพยากรโดยการกำหนดเกณฑ์และแนวทางการพิจารณาเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน และระบบสุขภาพ ดังนี้ (1) สนองต่อนโยบายของรัฐบาลและนโยบายระดับต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง (2) ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ (3) มีความคุ้มค่าคุ้มทุน (4) การกระจายอย่างครอบคลุม (5) ความจำเป็นเร่งด่วนของสถานการณ์สุขภาพ ทั้งหมดนี้กำหนดภายใต้แผน DMS 4 Reforms ซึ่งถือเป็นแผนกลยุทธ์การดำเนินงานที่มีการระบุผลผลิตและเป้าหมาย เกิดการแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น ควบคุมกำกับโดยการจัดทำแผนปฏิบัติการให้เห็นแผนงาน แผนเงินในภาพรวมของกรม การบริหารความเสี่ยงโดยการควบคุมกำกับของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ลงไปถึงการวางแผนปฏิบัติการและบริหารความเสี่ยงในระดับโครงการ การบริหารงบลงทุน/แผนงานโครงการ ในรูปแบบการรวมภารกิจ (cluster) กลุ่มมะเร็ง 7+1 กลุ่มยาเสพติด 6+1 และกลุ่ม CR 5G DNA

กรมการแพทย์ได้จัดทำแผนกลยุทธ์ด้านบุคลากรที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ โดยทำการวิเคราะห์วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ พบว่าความท้าทายในยุค 4.0 คือ 1) การดึงดูดบุคลากรที่มีศักยภาพสูงมาร่วมงาน 2) การสร้างความผูกพันของบุคลากร 3) ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) ความท้าทายเหล่านี้จึงนำไปสู่การจัดทำกลยุทธ์ด้านบุคลากร คือ 1) เสริมสร้างความเชี่ยวชาญเชิงลึกให้กับบุคลากร 2) พัฒนาและส่งเสริมบุคลากรให้สามารถถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ 3) ส่งเสริมบุคลากรให้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 4) เสริมสร้างความสุขของคนทำงาน และคุณภาพชีวิตที่ดีและความผูกพันองค์กร 5) การส่งเสริมความรู้ด้านดิจิทัลให้กับบุคลากรทุกระดับ

กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผล จากเดิมที่มีติดตามเฉพาะแผนงาน / โครงการนั้น พบว่าการติดตามยังได้ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการประเมินยุทธศาสตร์ ในปีพ.ศ. 2561 จึงได้มีการกำหนดกระบวนการควบคุม (The Control Process) ขึ้นใหม่ โดยเพิ่มขอบเขตการกำกับ ติดตาม ประเมินผล เป็น 5 ระบบ ดังนี้ **❶ ระบบการกำกับติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน/โครงการ และงบประมาณ** ตามแผนปฏิบัติการประจำปี ผ่านระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS) , ระบบ eMENSUR เป็นรายไตรมาส **❷ ระบบการติดตามประเมินตัวชี้วัด** กำหนดให้แบ่งการประเมิน เป็น 2 ส่วน คือ 1) ประเมินภายใน ได้แก่ การประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ ผ่านระบบการรายงาน การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณปีละ 4 ครั้ง ผ่านระบบ e-budgeting 2) การประเมินภายนอก ได้แก่ การประเมินการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ (Service Plan) ประเมินปีละ 2 ครั้ง ผ่านระบบ (DMS Health KPI) **❸ ระบบการนิเทศ ตรวจสอบ และประชุมผู้บริหาร** เช่น การประชุม Thursday Meeting (THM) ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน และDMS Conference ทุกสัปดาห์แรกของเดือน เพื่อติดตามงานที่เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน หรือต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกันของผู้บริหาร กรณีฉุกเฉิน จะมีการเรียกประชุมผู้บริหารโดยผ่าน Conference **❹ ระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ** ได้กำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และนำไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามที่ได้มีการลงนามในคำรับรองการปฏิบัติราชการ ส่งเสริมให้บุคลากรยึดมั่นในการปฏิบัติราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีความคุ้มค่า ตอบสนองประชาชน ประเมินปีละ 2 ครั้ง ผ่านระบบ E-PA **❺ ระบบการติดตามและประเมินผลความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์** เพื่อลดโอกาสที่จะผิดพลาดของการดำเนินงานซึ่งจะทำให้ยุทธศาสตร์ไม่บรรลุผล โดยมีการติดตามและประเมินความเสี่ยงปีละ 2 ครั้ง กรมจะสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมจากระบบต่าง ๆ โดยนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ เพื่อประกอบการคาดการณ์ผลการดำเนินงาน รวมทั้งการพิจารณาทบทวนยุทธศาสตร์ และนำไปสู่การตัดสินใจของผู้บริหาร

กรมการแพทย์ได้คาดการณ์เป้าหมายการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขององค์การตามตัววัดหรือดัชนีชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ และได้เทียบเคียงกับผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานตนเองและหน่วยงานในระดับเดียวกันที่ปฏิบัติงานเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากวิสัยทัศน์ระยะ 20 ปี “ประชาชนสุขภาพดีได้รับการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค การแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย” กรมการแพทย์ได้กำหนดคู่เทียบเพื่อการพัฒนาในระยะ 20 ปี คือประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง 10 ประเทศ สำหรับในช่วง 15 ปีแรก และประเทศทั้งหมดในเอเชีย สำหรับในช่วงปีที่ 16 - 20 โดยประเมินจากตัวชี้วัดสำคัญคือ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) ซึ่งแสดงถึงการมีชีวิตยืนยาวร่วมกับการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และดัชนีประสิทธิภาพทางสาธารณสุข (Health-Efficiency Index)

จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (2561 - 2565) และแนวโน้มทางการแพทย์และสาธารณสุขของโลก พบว่าการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เป็นแนวทางการรักษาโรครูปแบบใหม่ ช่วยให้แพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยได้จำเพาะถึงรายบุคคล ด้วยเหตุนี้ จึงนำไปสู่การทบทวนวิสัยทัศน์กรมการแพทย์ จากเดิม “ประชาชนได้รับการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค ภายในปี พ.ศ. 2565” เปลี่ยนเป็น “The National Medical Services Total Solution Provider เป็นองค์กรหลักในการจัดหาบริการทางการแพทย์แบบองค์รวมระดับชาติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน” และมีการกำหนดเป้าประสงค์ 3 ด้าน (1) การแพทย์เฉพาะทางที่สมคุณค่า (2) ระบบบริการทางการแพทย์ส่วนบุคคล (3) องค์กรสมรรถนะสูงเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2.1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.1 ความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากปณิธานแห่งกรมการแพทย์ คือ “ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต” อันเป็นหัวใจสำคัญที่กรมให้ความสำคัญตลอดระยะเวลากว่า 80 ปี กรมจึงมีการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนผ่านแนวทางการบริหารจัดการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้หลัก “ดูแลด้วยใจ หายได้ด้วยเทคโนโลยี” เพื่อมุ่งสู่ผลสำเร็จสูงสุด คือการทวงคืนชีวิตและลมหายใจ สมดังประโยคในเพลงประจำกรมการแพทย์ที่ว่า “ทุกลมหายใจที่ได้คืนมา มีค่ามากกว่าคำชื่นชม” ก่อให้เกิดแนวทางการบริหารจัดการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสียอย่างเป็นระบบ ดังภาพ



ภาพที่ 3-1 แนวทางการบริหารจัดการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กรมการแพทย์ให้ความสำคัญกับการสำรวจ รับฟังความคิดเห็น ความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพราะถือเป็นสารสนเทศที่สำคัญที่ใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ การพัฒนาผลิตภัณฑ์บริการ และการสร้างนวัตกรรม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีความสะดวก รวดเร็ว อย่างเป็นมาตรฐาน ตลอดจนได้รับองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

ผู้รับบริการ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	วิธีการรับฟัง						ผู้รับผิดชอบ	ข้อมูลสารสนเทศที่ได้	การนำไปใช้				
	Social Media	Field Survey	Email / Chat / Call	Customer Review	Interview / Focus	DMS Complain			เพิ่มประสิทธิภาพการ	กำหนดยุทธศาสตร์	พัฒนาสินค้า บริการ	สร้างนวัตกรรม	
ผู้รับบริการ													
1. สถานบริการสุขภาพ - ภาครัฐทั้งในและนอกกระทรวงฯ - ภาคเอกชน	A	Q	A		Y	A	กองวิชา การแพทย์	- ความต้องการ และ ความคาดหวัง - ข้อมูล Service Mapping (แผนที่จัดบริการ)	★	★	★	★	
2. บุคลากรทางด้านสุขภาพ - แพทย์ / ทันตแพทย์ - พยาบาล - สหวิชาชีพ	A	Y	A	M		A	กองวิชา การแพทย์	- ความเชื่อมั่นต่อหลักสูตร - ความต้องการองค์ความรู้ทางการแพทย์	★		★	★	
3. ผู้ป่วยระดับตติยภูมิ (15 สาขา)	A	Y	A	A		A	ทุกหน่วยงาน	- ความต้องการ และ ความคาดหวัง - ความเชื่อมั่นต่อการรักษา - การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	★	★	★	★	

ผู้รับบริการ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	วิธีการรับฟัง						ผู้รับผิดชอบ	ข้อมูลสารสนเทศที่ได้	การนำไปใช้					
	Social Media	Field Survey	Email / Chat / Call	Customer Review	Interview / Focus	DMS Complain			เพิ่มประสิทธิภาพการ	กำหนดยุทธศาสตร์	พัฒนาสินค้า บริการ	สร้างนวัตกรรม		
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย														
4. กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	A	Y	A		Y	A	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	- ความคิดเห็นต่อปัญหาของระบบสาธารณสุข - ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการบริการ	★	★	★	★		
5. องค์กรวิชาชีพ	A	Y	A		Y	A	กองวิชาการแพทย์	- ความคิดเห็นต่อการพัฒนา วิชาการ บริการ และบริหารจัดการ	★	★	★	★		
หมายเหตุ M : Month : ทุกเดือน Q : Quarter : ทุกไตรมาส H : Half a Year : ทุก 6 เดือน Y : Year : ทุกปี A : Anywhere Anytime : ทุกที่ ทุกเวลา														

กรมการแพทย์ได้ทำการวิเคราะห์และจำแนกผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ครบถ้วน และครอบคลุมตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ ซึ่งแบ่งผู้รับบริการเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ **1** สถานบริการสุขภาพ คือ สถานบริการสุขภาพของภาครัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน ใช้เกณฑ์จำแนกคือ 1. เขตสุขภาพ 2. ระดับโรงพยาบาล 3. แผนจัดบริการสุขภาพ 18 ด้าน (Service plan) **2** บุคลากรทางด้านสุขภาพ ใช้เกณฑ์จำแนกตามสายวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ ที่เข้ารับการศึกษ/อบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง **3** ผู้ป่วยระดับตติยภูมิ ใช้เกณฑ์จำแนกตามกลุ่มโรคเฉพาะทาง 15 ด้าน เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด เป็นต้น ในส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมี 2 กลุ่ม ได้แก่ **4** กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย และ **5** องค์กรวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มโรงเรียนแพทย์ ราชวิทยาลัย สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ที่มีความร่วมมือกับกรมการแพทย์ ซึ่งได้กำหนดความสำคัญและการมุ่งเน้นในการบริการแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างครบถ้วนและเหมาะสม นอกจากนี้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัจจุบันแล้ว กรมการแพทย์ได้มีการวิเคราะห์ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอนาคตของกรมไว้ โดยผู้รับบริการคือ (1) กลุ่มผู้รับบริการการแพทย์แม่นยำ และ (2) กลุ่มบริษัทพัฒนานวัตกรรม ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้กรมต้องทำการรับฟังความต้องการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้มาออกแบบกระบวนการทำงาน ตลอดจนปรับปรุง/พัฒนา ผลผลิตและบริการให้ตอบสนองกับพื้นที่ต่อไป



ภาพที่ 3-2 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัจจุบันของกรมการแพทย์

จากการรับฟังรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จนได้ข้อมูลสารสนเทศจะนำไปสู่การกำหนดประเด็นความต้องการของผลผลิตและบริการต่าง ๆ เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้มา จากนั้นจะส่งมอบการบริการให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจะทำการติดตาม ประเมินผล เพื่อค้นหาและปรับปรุงวิธีการแก้ไขผลผลิตและบริการให้ตรงตามความต้องการมากที่สุด หากได้ผลที่เป็นไปตามเป้าหมายก็จะนำไปต่อยอด ขยายผลให้ทั่วทั้งองค์กร และ/หรือจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรในองค์กรดำเนินงานต่อไป ตัวอย่างหนึ่งที่ได้เห็นได้ชัดจากการใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสารสนเทศของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (เป้าหมาย < 7%) จำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 2, 5, 6 และ 11 ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดสำนักงานแพทย์เขตและ Project Manager ซึ่งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด จึงลงพื้นที่ไปยังเขตสุขภาพข้างต้นเพื่อทำการวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและร่วมกันวางแผนกับพื้นที่ในการแก้ไขปัญหา จนนำไปสู่การจัดทำนโยบาย Stroke Unit

กรมการแพทย์ได้กำหนดระดับแนวทางการความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น 4 ระดับ ดังนี้ **1 รับรู้** หมายถึง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับรู้บทบาท หน้าที่ และภารกิจของกรมการแพทย์ โดยผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ทั้งแบบออนไลน์และออฟไลน์ ที่เปรียบเสมือนการเปิดบ้านกรมการแพทย์ออกสู่สายตาประชาชน รวมทั้งการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารและบุคลากร **2 เข้าถึง** หมายถึง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทกับการดำเนินงานผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม การรับฟังความคิดเห็นและความคาดหวัง การกำหนดให้มาเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการของโครงการต่าง ๆ การเปิดบ้านกรมการแพทย์/โรงพยาบาล/สถาบัน (Open Hospital) **3 ยอมรับ** หมายถึง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชื่อมั่นและยอมรับในกรมการแพทย์ว่าเป็นองค์กรที่มีคุณภาพมาตรฐาน ในระดับนี้จะพิจารณาได้จาก Feedback ด้านบวกในทุกช่องทางการสื่อสารของกรมการแพทย์ และการร่วมเป็นจิตอาสาในโครงการต่าง ๆ ของกรม **4 ผูกพัน** ในระดับนี้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีความรู้สึกผูกพันกับกรมการแพทย์จนรู้สึกเหมือนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และพร้อมที่จะออกหน้าสนับสนุน ปกป้อง เช่น การออกมาแก้ Fake News ของกรมที่ปรากฏทางสื่อออนไลน์ของผู้ใช้บริการ การบริจาคเงินและสิ่งของเพื่อสนับสนุนการดำเนินการ

สำหรับการจัดการข้อร้องเรียนนั้น กรมการแพทย์มอบหมายให้กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรมเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางการจัดการข้อร้องเรียน ตลอดจนดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนที่มาจากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ยื่นเรื่องด้วยตนเอง โทรศัพท์ ไปรษณีย์ เว็บไซต์กรมการแพทย์ หัวข้อ “รับเรื่องร้องเรียนสำหรับประชาชน” และในปี พ.ศ. 2562 กรมได้จัดช่องทางร้องเรียนอิเล็กทรอนิกส์ <https://cms.dms.go.th/Complain> ซึ่งเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่เอื้อให้กับผู้รับบริการในการร้องเรียนให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว โดยกระบวนการดำเนินงานจัดการข้อร้องเรียน แบ่งออกเป็น **1 ข้อร้องเรียนเร่งด่วนวิกฤต** พิจารณาจากหลักเกณฑ์ 1) เกิดการสูญเสียชีวิต พิการ หรือความเสียหายที่มีมูลค่าสูงมาก 2) สร้างความเดือดร้อนต่อประชาชนเป็นวงกว้าง และ 3) ทำลายภาพลักษณ์องค์กร โดยจะทำการรวบรวมข้อร้องเรียนและลงทะเบียนจัดเก็บในระบบฐานข้อมูล และให้ผู้อำนวยการกองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรม รายงานเรื่องร้องเรียนไปยังผู้บริหารทราบผ่าน Line Application เพื่อดำเนินการสั่งการแก้ไขข้อร้องเรียนภายใน 24 ชั่วโมง รวมทั้งดำเนินการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก้ไขในทันที และติดต่อกลับผู้ร้องเรียนภายใน 24 ชั่วโมง **2 ข้อร้องเรียนทั่วไป** ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ดำเนินการ

ร้องเรียนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น ร้องเรียนด้วยตนเอง โทรศัพท์ เอกสาร ไปรษณีย์ เว็บไซต์กรมการแพทย์ หัวข้อ “รับเรื่องร้องเรียนสำหรับประชาชน” <https://cms.dms.go.th/Complain> การชุมนุมเรียกร้อง กองกฎหมายและคุ้มครองจริยธรรมจะดำเนินการรวบรวมข้อร้องเรียนและลงทะเบียนจัดเก็บข้อร้องเรียนในระบบฐานข้อมูล และแจ้งหน่วยงานผู้รับผิดชอบทราบเพื่อดำเนินการปรับปรุง ซึ่งผู้ร้องเรียนสามารถใช้เลขที่รับเรื่องร้องเรียนดังกล่าว ในการติดตามสถานะ (Tracking) ของเรื่องร้องเรียน ทั้งนี้ได้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการภายหลังแจ้งผลการแก้ไขปัญหาร้องเรียน หากระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะรับดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงการจัดการข้อร้องเรียนต่อไป นอกจากนี้กรมได้กำหนดแนวทางเรียกความเชื่อมั่นกลับคืนมาด้วยวิธีดังต่อไปนี้ คือ ❶ ทบทวน ปรับปรุง กฎ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ โดยส่งเสริมให้บุคลากรดำเนินการให้เป็นไปตามกฎ ระเบียบ แนวทางปฏิบัติ ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ มาตรฐานวิชาชีพ แนวทางเวชปฏิบัติ และคู่มือ การปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด ❷ จัดตั้งคณะทำงานเพื่อร่วมหาแนวทางป้องกัน แก้ไข ❸ แลกเปลี่ยน/ ประชาสัมพันธ์ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ❹ ดำเนินคดีตามกฎหมายโดยรวดเร็ว เป็นธรรม และขยายผลการดำเนินการกับผู้กระทำผิด และกำหนดแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดข้อร้องเรียนซ้ำ มีการติดตามผลการจัดการข้อร้องเรียนและผลการประเมินความพึงพอใจซ้ำหลังดำเนินการแก้ไข ภายใน 1 เดือน

กรมการแพทย์ได้กำหนดแนวทางการสำรวจความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และความผูกพัน โดยมอบหมายให้กองยุทธศาสตร์และแผนงานเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการหลักร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งกระบวนการสำรวจมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ได้แก่ ❶ กำหนดรูปแบบการสำรวจ ❷ ออกแบบสอบถาม ❸ กำหนดช่องทาง ❹ สำรวจและรวบรวมข้อมูล ❺ การจัดการข้อมูล ❻ การวิเคราะห์ข้อมูล ❼ จัดทำรายงานสรุปผล ❽ รายงานผู้บริหาร ซึ่งผลที่ได้จากการสำรวจนั้น จะนำไปเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับหน่วยงานที่ลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา อันจะนำไปสู่การวางมาตรการหรือกำหนดแนวทางการพัฒนา ปรับปรุง ผลผลิตและบริการต่อไป จากข้อมูลที่ได้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนเสียอย่างต่อเนื่อง เมื่อเดือน สิงหาคม 2564 พบว่าความไม่พึงพอใจ 3 ลำดับแรก คือ (1) สถานที่บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการ (2) ป้ายบอกทางในแต่ละจุดไม่ชัดเจน และ (3) ระยะเวลารอคอยนาน หลังจากที่ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจกรมยังได้มีการนำผลการสำรวจมาเปรียบเทียบกับคู่แข่ง เพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา และเมื่อได้นำผลความพึงพอใจมาเปรียบเทียบกับคู่แข่งพบว่าในบางประเด็นกรมการแพทย์มีผลการสำรวจที่สูงกว่า และในบางประเด็นมีผลการสำรวจที่ต่ำกว่า ซึ่งประเด็นที่ต่ำกว่าคู่แข่ง จะนำไปสู่การวางมาตรการ หรือกำหนดแนวทางการพัฒนา ปรับปรุงผลผลิตและบริการ โดยมีขั้นตอนดังนี้ ❶ การกำหนดคู่แข่ง จะพิจารณาจากหน่วยงานที่มีภารกิจคล้ายเคียงกัน เช่น โรงเรียนแพทย์ฯ กรมในกระทรวงสาธารณสุข ❷ การรวบรวมข้อมูล การศึกษารายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อเปรียบเทียบในประเด็นต่าง ๆ โดยทำการสืบค้นผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงานที่ถูกกำหนดให้เป็นคู่แข่งและ ❸ วิเคราะห์ผลการเทียบเคียง จะทำการประเมินผลการเทียบเคียง และศึกษาแนวทางการดำเนินงานของคู่แข่งเพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จผ่านการศึกษาดูงาน และจากนั้นจะนำมาถอดบทเรียนเพื่อใช้พัฒนาการดำเนินงานของกรมต่อไป จากการเปรียบเทียบ พบว่าในประเด็นคุณภาพการให้บริการของกรมจะอยู่ร้อยละ 92.44 แต่คู่แข่ง (โรงเรียนแพทย์) จะอยู่ที่ร้อยละ 94.34 ซึ่งสูงกว่าของกรม จากผลความไม่พึงพอใจ 3 อันดับแรกและผลการเปรียบเทียบทำให้ กรมพบว่าประเด็นงานบริการประชาชนเป็นสิ่งที่กรมต้องพัฒนา จึงนำมาสู่การกำหนด “นโยบาย 80 ปี กรมการแพทย์ ปรับเปลี่ยนเพื่อทุกชีวิตสู่การดูแลผู้ป่วยทุกคนแบบ VIP” ในปี 2565 โดย VIP (Valuable Impression Professional) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยทุกคนแบบ VIP ของโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัด

กรมการแพทย์ V : Valuable คือ การเพิ่มบริการรูปแบบใหม่ I : Impression การสร้างความประทับใจ P : Professional คือ การให้บริการแบบมืออาชีพ) ผ่านการขับเคลื่อนใน 3 ด้าน คือ ด้านการให้บริการผู้ป่วยนอก (Smart OPD) ด้านการให้บริการผู้ป่วยใน (Modernize IPD) และด้านอาหาร (Food Safety) จากการประเมินผลการดำเนินการพบว่า โรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดทุกหน่วยงานได้มีพัฒนา Application เพื่อการบริการประชาชน คิดเป็นร้อยละ 100 และผลความคาดหวังของผู้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก) อยู่ในระดับที่ร้อยละ 96.84

นอกจากการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รวบรวมได้จากกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (VOC) แล้ว กรมการแพทย์ยังให้ความสำคัญข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่อยู่บนสื่อออนไลน์ซึ่งมีทั้งข้อมูลจริงและข้อมูลเท็จ และเพื่อคุ้มครองประชาชนให้ได้รับความปลอดภัยและได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการเผยแพร่ข่าวปลอมในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ช่องทางการเผยแพร่ข่าวปลอมในไทยมักใช้เว็บไซต์ Facebook Instagram Twitter YouTube และ Line เป็นต้น ด้วยเหตุนี้กรมจึงได้มอบหมายให้สำนักงานเลขานุการกรมร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศ (CoE) เป็นผู้ดำเนินการในการตอบโต้กับสื่อออนไลน์ในขณะเดียวกันก็ได้จัดทำ **นโยบายเชิงรุกในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** ให้กับประชาชนในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2.1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

หมวด 5 การบริหารทรัพยากรบุคคล

การบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นหัวใจหลักของกรมการแพทย์ที่ขับเคลื่อนความสำเร็จขององค์กรอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ตามความต้องการ “คนดี คนเก่ง คนกรมการแพทย์” ความสำเร็จด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ใน 5 มิติ ภายใต้นโยบายปฏิรูปกรมการแพทย์ 4 ด้าน (DMS Reforms) ในด้าน HR Transformative เป็นสำคัญ

กรมการแพทย์ได้ประเมินขีดความสามารถและอัตรากำลัง โดยวิเคราะห์จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายและมาตรการด้านทรัพยากรบุคคลคณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) แผนปฏิรูปกำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข แผนปฏิบัติราชการการแพทย์ ระยะ 5 ปี แผนงาน/โครงการของหน่วยงานในสังกัด เพื่อวางแผนอัตรากำลังทั้งปริมาณและสมรรถนะ โดยใช้การพิจารณาจากกระบวนการและเวลาที่ใช้ Full Time Equivalent (FTE) ในการวิเคราะห์ภาระงาน ความต้องการอัตรากำลังสายงานต่าง ๆ ตามเกณฑ์การคำนวณเทคนิคการวัดงาน (Work Measurement Technique) เพื่อจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับแผนยุทธศาสตร์ โครงสร้าง โดยที่กระบวนการสรรหาของกรมจะเน้นไปที่การสรรหาเชิงรุกในสายงานหลัก (นายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ) ผ่านการทำข้อตกลงร่วมกับสถาบันการศึกษา (MOU) ในการสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาที่สนใจปีละ 40,000 บาทต่อคนต่อปี โดยนักศึกษาจะต้องกลับมาทำงานใช้ทุนที่หน่วยงานในสังกัดของกรมเป็นระยะเวลา 4 ปี ตัวอย่างตำแหน่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักรังสีการแพทย์ นักทัศนมาตร นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย เป็นต้น โดยหลังจากการสรรหาเสร็จสิ้น บุคลากรใหม่ทุกคนจะต้องเข้ารับการปฐมนิเทศเพื่อให้ทราบถึงนโยบาย ทิศทาง และค่านิยมของกรม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

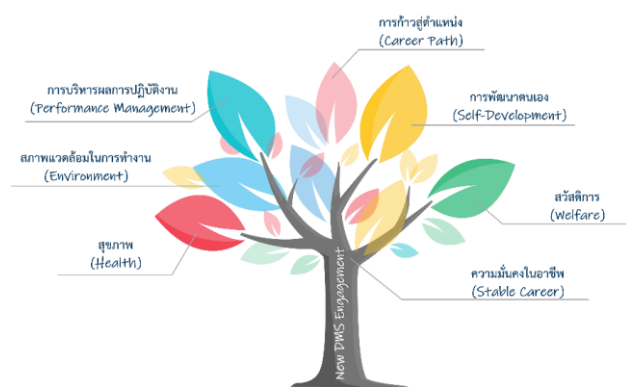
และเพื่อให้การดำเนินงานของกรมบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรมจึงต้องมีจัดโครงสร้างที่ยืดหยุ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็น 1) การปรับกลุ่มภารกิจ 2) การจัดตั้งหน่วยงานภายใน และ 3) การจัดตั้งทีมเฉพาะกิจ จากการที่กรมได้จัดโครงสร้าง วางระบบและวิธีการทำงานใหม่ ได้ส่งผลกระทบต่อบุคลากรโดยตรง กรมจะทำการวิเคราะห์การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) ที่เกิดขึ้น และผู้บริหารกรมต้องทำการสื่อสารเพื่อเป็นการทำความเข้าใจกับบุคลากร ให้เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน รวมทั้งปรับเปลี่ยนพัฒนาสมรรถนะตนเองให้รองรับ โดยผู้บริหารจะทำการสื่อสารที่เน้นสร้างความผูกพัน และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Reset Mindset) ด้วยวิธีการเปิดใจ (Open Mind) บรรจูลงไปในทุกหลักสูตรการพัฒนาของกรม จากนั้นจึงจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร จัดทำหลักสูตรฝึกอบรม และจัดประชุมสัมมนา (Online/Offline) ให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะในหัวข้อที่เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างยืดหยุ่นและคล่องตัวสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ถือเป็นเป้าประสงค์อันสูงสุด (Ultimate Goal) ของกรมการแพทย์ จึงได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตและการทำงานที่ดี จากผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ประกอบด้วย 9 ด้าน ① Happy Body ② Happy Relax ③ Happy Heart ④ Happy Soul ⑤ Happy Family ⑥ Happy Society ⑦ Happy Brain ⑧ Happy Money ⑨ Happy Work Life และผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรกรมการแพทย์ ทำให้ทราบความต้องการของบุคลากรในด้านสุขภาพอนามัย สภาพแวดล้อม ความมั่นคงปลอดภัย ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน และความสะดวกในการเข้าถึง

สถานที่ทำงาน โดยผู้บริหารเชื่อว่าการจัดการกับปัจจัยเหล่านั้น จะส่งผลให้บุคลากรมีสภาพจิตใจที่ดีเป็นผลให้ทำงานด้วยสุข นอกจากนี้ในด้านของการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ของบุคลากรนั้น กรมการแพทย์จะทำการค้นหาปัจจัยความต้องการด้านต่าง ๆ ของบุคลากร เพื่อให้สามารถจัดสวัสดิการที่เหมาะสมกับบุคลากรในทุกกลุ่ม โดยที่ผ่านมามีการสนับสนุนสวัสดิการและสิทธิประโยชน์จากการปฏิบัติงานภายใต้สังกัดกรม รวมทั้งมีมาตรการอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ DMS Family Care, Co-working Space, One Hospital One Fitness เป็นต้น

กรมการแพทย์ได้พัฒนาเครื่องมือสร้างองค์กรแห่งความสุขให้มีความใกล้เคียงและเหมาะสมกับบริบทของกรม ภายใต้แนวคิดที่ว่า “New DMS Engagement Tool” โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขของบุคลากร ได้แก่ 1) ปัจจัยความต้องการพื้นฐานของทฤษฎี Maslow 2) การวัดความสุข และการรับรู้นโยบายของส่วนราชการ (สำนักงาน ก.พ.) 3) Emometer (HA) 4) Happinometer ซึ่งในแบบสอบถาม “New DMS Engagement” ประกอบไปด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ ❶ การก้าวสู่ตำแหน่ง ❷ การพัฒนาตนเอง ❸ สวัสดิการ ❹ ความมั่นคงในอาชีพ ❺ การบริหารผลการปฏิบัติงาน ❻ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ❼ สุขภาพ และได้กำหนดแนวทางในการประเมินผลความพึงพอใจและความผูกพันแบบเป็นทางการผ่านการทำแบบสำรวจ ซึ่งในระหว่างปีนั้นกรมจะทำการประเมินผลในรูปแบบไม่เป็นทางการผ่านการสัมภาษณ์จากบุคลากร และนิเทศหน่วยงานตอนที่ลงตรวจเยี่ยม ซึ่งจากการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ ซึ่งกรมจัดสวัสดิการที่เหมาะสมเพื่อความพึงพอใจต่อองค์กร เช่น 1) ร้านสวัสดิการกรมการแพทย์ในพื้นที่ส่วนกลาง ร้านค้าออนไลน์ (DMS Market place) 2) สนับสนุนสวัสดิการที่อยู่อาศัย ร่วมกับธนาคารอาคารสงเคราะห์ (ธอส.) 3) สวัสดิการรถรับ-ส่ง ภายในส่วนกลางกรมการแพทย์ 4) สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรงพยาบาล สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์ 5) สหกรณ์ออมทรัพย์ 6) สวัสดิการฌาปนกิจกระทรวงสาธารณสุข และมีกิจกรรมเพื่อสร้างความเป็นรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน ได้แก่ การเป็นจิตอาสาในช่วงสถานการณ์ COVID -19 ศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ สายด่วน 1668 ทีม

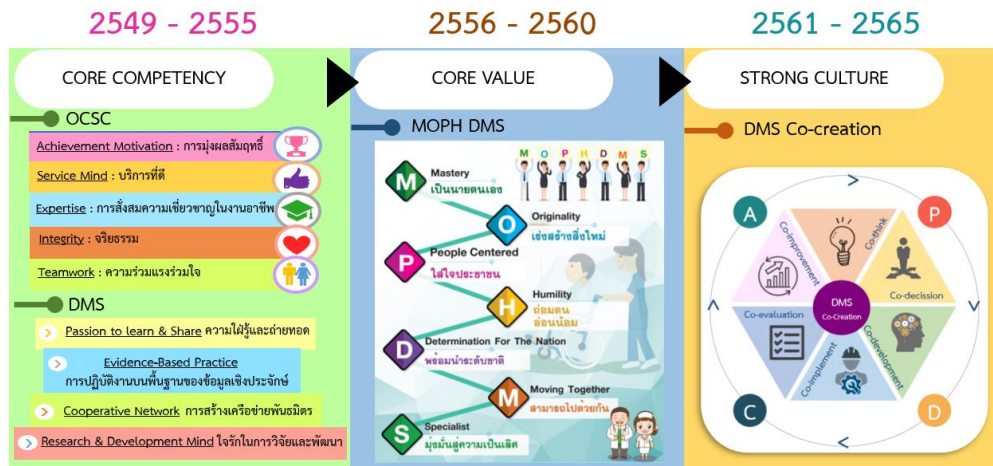
แพทย์สนามกรมการแพทย์ในงานพิธีสำคัญของประเทศ



ภาพที่ 5-1 แนวทางการสร้างความผูกพัน (New DMS Engagement)

ในปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนและถ่ายทอดค่านิยม MOPH เป็นค่านิยมหลักประจำกระทรวง ด้วยเหตุนี้กรมการแพทย์จึงมีการปรับค่านิยมจากเดิม HRML เป็น MOPHDMS โดยผู้บริหารได้เพิ่มในส่วนของ DMS เข้าไปเพื่อให้แสดงความเป็นอัตลักษณ์ของกรมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติจึงได้มีการแปลงค่านิยม MOPHDMS เป็นพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติ (DO, DON'T) ซึ่งอธิบดีได้ประกาศเป็นแนวทางการส่งเสริมค่านิยมกรมการแพทย์ และมีการสำรวจพฤติกรรมองค์กรตามค่านิยม MOPHDMS และมีการส่งเสริมบุคลากรด้วยการคัดเลือกบุคคลต้นแบบทุกปี

กรมการแพทย์กำหนดวัฒนธรรมองค์กรที่ถือเป็น Strong Culture คือ “DMS Co-Creation” ตามแนวคิด “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ” โดยส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรให้ความสำคัญกับบุคลากรอย่างเท่าเทียม ส่งผลให้บุคลากรรู้สึกถึงความผูกพันที่ตนเองมีส่วนร่วมในการบริหารดำเนินการของกรม ดังนั้น การสร้างวัฒนธรรมเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง จึงมีในบุคลากรของกรม



ภาพที่ 5-2 ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร

กรมการแพทย์เชื่อว่าการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เหมาะสม การได้รับรางวัล การเลื่อนตำแหน่ง อย่างเป็นธรรมจะเป็นส่วนผลักดันให้บุคลากรมีกำลังใจในการทำงาน สร้างแรงจูงใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กรมทบทวนพัฒนาระบบเลื่อนเงินเดือนของข้าราชการ ภายใต้แนวคิด “เลื่อนเงินเดือนดีด้อย ไม่ต้องรอดตกเบิก” ลดขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการลดลง จาก 100 วัน เป็น 66 วัน ส่งผลให้การเลื่อนเงินเดือนข้าราชการเป็นไปตามรอบการเลื่อนเงินเดือน การดำเนินงานด้านอื่น ๆ สามารถดำเนินการเป็นไปตามแผนงานที่กำหนด นอกจากนี้กรมยังได้สร้างแรงจูงใจในการทำงานและอำรรักษาบุคลากร ผ่านการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งการมอบภารกิจที่ท้าทาย การให้อำนาจ และอิสระในการทำงาน รวมทั้งการให้รางวัลในรูปแบบที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น รางวัลข้าราชการดีเด่น รางวัลบุคคลต้นแบบ การได้รับคำชื่นชมยกย่อง เป็นต้น

ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน กรมการแพทย์เตรียมความพร้อมในการสืบทอดตำแหน่ง และพิจารณาจัดทำแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) ในทุกสายงาน โดยจัดทำสถิติฐานข้อมูลของตำแหน่งทางการบริหารและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จะเกษียณอายุราชการในช่วงเวลา 5 ปี จากแผนอัตรากำลังกรมการแพทย์ และเพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งที่สำคัญ กรมจึงได้จัดทำหลักสูตรพัฒนาผู้บริหาร 3 ระดับ คือ ผู้บริหารระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง

กรมการแพทย์มีการสื่อสารแผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) แบบสังเขป ประสบการณ์และผลงาน (Job Profile) ของบุคลากรในสายงานต่างๆ แต่ละระดับ เพื่อให้เตรียมพร้อมเข้าสู่การประเมินตำแหน่งที่สูงขึ้น สามารถวางแผนเส้นทางความก้าวหน้าของตนเองได้ ผ่านการประชุม การจัด road show ในหน่วยงานเพื่อชี้แจงและตอบข้อซักถามต่าง ๆ เช่น การประเมินค่างานเกณฑ์วิจัยและพัฒนาฯ 15 สายงาน ระดับชำนาญการพิเศษ ระบบให้คำปรึกษาในการประเมินผลงานวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญในสายงานนั้น ๆ การเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (High Performance and Potential System: HiPPS) เป็นต้น สำหรับการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมการแพทย์มาจากคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมลงสู่หน่วยงาน และถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติระดับบุคคล และกระจายตามหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติ มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ท้าทาย วัดได้ และมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งเป็นการตกลงกันไว้ล่วงหน้าระหว่างผู้บังคับบัญชากับบุคลากร มีการพิจารณาตามระดับความสำเร็จ รวมถึงพฤติกรรม และวิธีการทำงานมาประกอบด้วย โดยกำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานปีละ 2 ครั้ง ตามหลักเกณฑ์สำนักงาน ก.พ.และนำผลการประเมินไปใช้ในการเลื่อนเงินเดือน ค่าจ้าง รวมทั้งการนำไปสู่การให้รางวัลและสิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ส่งผลให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ และทุ่มเทการปฏิบัติงาน ส่งมอบผลลัพธ์การดำเนินงานที่มีคุณค่าให้กับกรม

ส่วนที่ 2.1 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ระดับพื้นฐาน

หมวด 6 กระบวนการคุณภาพและนวัตกรรม

จากที่กรมการแพทย์ได้มีการปฏิรูปกรม (DMS 4 Reforms) ภายใต้แนวคิด “The best for the most” ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่เชื่อมโยงกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับเขตสุขภาพ ทำให้กรมการแพทย์ต้องทบทวนการออกแบบกระบวนการใหม่ (ก) โดยเริ่มต้นจาก ❶ การทบทวนกระบวนการทั้งหมดโดยใช้ข้อมูลจากแผนยุทธศาสตร์ ❷ ปรับกระบวนการสร้างคุณค่าและกระบวนการสนับสนุน โดยใช้เครื่องมือ Value Chain และ SIPOC เพื่อให้ได้กระบวนการที่สอดคล้องกัน ❸ ดำเนินการจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ❹ เพื่อนำมาสู่การออกแบบนวัตกรรมและการพัฒนาบริการที่เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ ❺ จึงติดตามและประเมินผล ❻ ดำเนินการตามแนวทางการจัดการนวัตกรรมของกรม รวมทั้งวิเคราะห์ Value Chain ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิรูปกรมการแพทย์ 4 ด้าน (DMS 4 Reforms) ประกอบด้วยระบบงาน 5 ระบบ ดังนี้ 1) ระบบงานบริการทางการแพทย์ 2) ระบบงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี 3) ระบบงานถ่ายทอดองค์ความรู้ 4) ระบบงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ และ 5) ระบบงานบริหารจัดการ และได้กำหนดกระบวนการสร้างคุณค่า 7 กระบวนการ ได้แก่ 1) การรักษาเฉพาะทาง 2) พื้นฟูสมรรถภาพ 3) วิจัยทางการแพทย์ 4) ประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ 6) ผลิตแพทย์ และ 7) กำหนดมาตรฐานและพัฒนานโยบายทางการแพทย์ โดยการออกแบบกระบวนการสร้างคุณค่าและกระบวนการสนับสนุนนั้น มีการกำหนดข้อกำหนดที่สำคัญ ตัวชี้วัดและแนวทางการควบคุมกระบวนการ เพื่อเป็นการควบคุมผลลัพธ์ โดยพิจารณาจากรายงานผลการสำรวจความต้องการ ความพึงพอใจ ความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ดำเนินการในหมวด 3 และแนวทางการดำเนินงานตามแผนปฏิรูปกรมการแพทย์ เพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ตลอดจนการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 6-1 DMS Value Chain

ในส่วนของการปรับปรุงผลผลิต การบริการ และกระบวนการ กรมการแพทย์ได้นำแนวคิด PDCA มาเป็นตัวขับเคลื่อนในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ตั้งแต่ระดับกรม หน่วยงานและบุคคล ภายใต้กรอบคุณภาพ PMQA , HA เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพเกิดความคล่องตัว ลดความสูญเสียดังกล่าว ทรัพยากร ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ลดการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์จากต่างประเทศ โดยได้มีการกำหนดกรอบในการทบทวนกระบวนการ สร้างคุณค่าและกระบวนการสนับสนุนไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ทราบว่ากระบวนการใดอาจมีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งกรมจะได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุและจัดทำแนวทาง มาตรการเพื่อพัฒนา และปรับปรุงการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังได้ปลูกฝังให้ผู้ปฏิบัติทุกคนนำหลักการดำเนินงานแบบ 3P (Purpose Process Product) โดยการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการปฏิบัติงาน เพิ่มสมรรถนะและผลการปฏิบัติงาน ให้เป็นตามที่คาดหวังในทุกกระบวนการ เน้นการคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามข้อกำหนดสำคัญของแต่ละระบบงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ให้กับระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศ

ในปี พ.ศ. 2561 หลังจากทีกรมการแพทย์ได้ทำการปฏิรูป (DMS 4 Reforms) ทำให้กรมต้อง ทบทวนผู้ส่งมอบใหม่ทั้งระบบโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ SIPOC Model ซึ่งพบว่านอกจากมีเครือข่าย ทางด้านงานวิจัย เครือข่ายทางด้านการแพทย์ (ศูนย์ความเป็นเลิศ 15 ด้าน) เครือข่ายด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย แล้วยังมีเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นนั่นก็คือเครือข่ายเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต โดยทุกเครือข่ายจะมีการประชุมกัน อย่างสม่ำเสมอตามรอบการดำเนินงาน เพื่อร่วมกันวางแผนการทำงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้ นอกจากนี้ทุกเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันจะมีการถอดบทเรียนในการทำงานทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ เพื่อเรียนรู้ซึ่งกันและกันนับเป็นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายอีกทางหนึ่ง ดังตัวอย่างเช่น **เครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี “เด็กป่วยทุกคน ต้องได้เรียน”** เป็นแนวคิดในสนับสนุนให้เด็กป่วยที่มารับการดูแลรักษา ในโรงพยาบาลระยะยาวได้มีโอกาสทางการศึกษา จากการพัฒนาการบริการสู่การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้โครงการนี้ได้รางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขา Promoting Whole of Government Approaches in the Information Age ภายใต้ผลงานชื่อว่า “Holistic School in ospital Initiative (HSH)” **เครือข่ายด้านโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE Fast Track Network)** กรมการแพทย์ร่วมกับเครือข่าย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Network 141 Hospital) ในการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย พัฒนาระบบข้อมูล โรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดผลการจัดการแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการพัฒนาเครือข่ายของกรม ในการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์มุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ โดยกำหนดให้เป็นพันธกิจหลักที่สำคัญ ของกรม และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติผ่านแผนปฏิบัติการด้าน Function Reform กำหนดให้ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (CoE) ทั้ง 15 ด้าน ดำเนินการทางด้านวิชาการควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการ ไปจนถึง การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ กระบวนการจัดการนวัตกรรมของกรม ดำเนินการโดยการนำข้อมูล ความต้องการของลูกค้า ข้อมูลการประเมินศักยภาพของตนเองและคู่แข่ง ข้อมูลสถานการณ์การเกิด โรควิวติใหม่ และนโยบายในการดำเนินการของกรมการแพทย์ มาวิเคราะห์และกำหนดเป็นแนวทางในการ สร้างนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยกรมจะมีการจัดการ

อบรมนวัตกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งสร้างเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ เพื่อเผยแพร่ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ และมีการจับคู่เจรจาทางธุรกิจเพื่อต่อยอดเชิงพาณิชย์ เช่น บริษัทไทยเด็นทัล อินเตอร์เนชั่นแนล บริษัท เฮอร์เบิร์ต เป็นต้น รวมทั้งจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สวทช. (NSTDA) กรมทรัพย์สินทางปัญญา ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) สภาอุตสาหกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีระบบติดตาม การดำเนินการจดสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร ชิ้นงานนวัตกรรมทางการแพทย์ และความก้าวหน้าชิ้นงาน นวัตกรรมที่จับคู่เจรจาเชิงพาณิชย์หรือใช้เอง โดยในปัจจุบันกรมมีนวัตกรรมทางการแพทย์ ที่ได้รับการจด สิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร และกำลังอยู่ระหว่างขอยื่นจดสิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร จำนวน 47 ชิ้น

กรมการแพทย์ให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยยึดหลักการทำงาน CQI และ LEAN มาประยุกต์ใช้ภายในกรมตามขั้นตอนดังนี้ ❶ กำหนดนโยบายคุณภาพ (Quality Policy) ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ❷ สร้างแผนภาพกระแสคุณค่า (Value Stream Mapping : VSM) โดยระบุปัญหา เพื่อวิเคราะห์และวางแผนกระบวนการ กำหนดเป้าหมายของตัวชี้วัดผลการ ปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพ ❸ ตัด ลด ปรับปรุงกระบวนการหรือกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าและสูญเสียไป ทั้งระบบตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและตอบสนองความคาดหวัง ของผู้รับบริการ ❹ สร้างระบบการทำงานแบบ LEAN ที่มุ่งเน้นการบริหารในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต้นทุน และการบริการ ได้ในเวลาที่ต้องการด้วยคุณภาพและมาตรฐาน ❺ จัดทำให้เป็น มาตรฐานการทำงานใหม่ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชนได้ถึง 61,094,400 บาท ตอบสนองคณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan) อีกทั้งยังตอบสนองต่อการพัฒนาตามแผนงาน/โครงการ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยผลลัพธ์จากการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา สามารถลดวันนอน ในโรงพยาบาลได้ถึง 76,368 วัน ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 38,184 ราย

การจัดการความมั่นคงทางข้อมูลและสารสนเทศนั้น กรมได้รวบรวมปัญหาทั้งหมดและวิเคราะห์ เพื่อประเมินความเสี่ยงทางด้านสารสนเทศทั้งระบบ พบเรื่องที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน 3 ประเด็นคือ 1) การสร้าง ห้อง Data Center และห้อง Backup ตามมาตรฐาน ISO 27001 2) การปรับเปลี่ยนระบบเครือข่ายและ อุปกรณ์ใหม่ทั้งหมด ทั้งแบบมีสายและไร้สาย 3) การกำหนดแนวทางในการรักษาความมั่นคงปลอดภัย ด้านสารสนเทศ ทั้งหมดนี้เพื่อให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของกรมเป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นการปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาและพระราชบัญญัติดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 กรมการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ ISO/IEC 27001:2013 (Information Security Management Systems : ISMS) ถือเป็นอีกก้าวในการยกระดับการบริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศของกรม

เพื่อต่อยอดความเป็นกรมวิชาการที่เป็นผู้นำทางการแพทย์ กรมได้พัฒนา “คู่มือประกอบการจัดทำแผน ดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ในสถานพยาบาล (Business Continuity plan for Emerging Infectious Disease in Healthcare Facilities, BCP for EID in Healthcare Facilities)” เพื่อเป็นต้นแบบให้สถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามโครงสร้างภายในและบริบทของตน

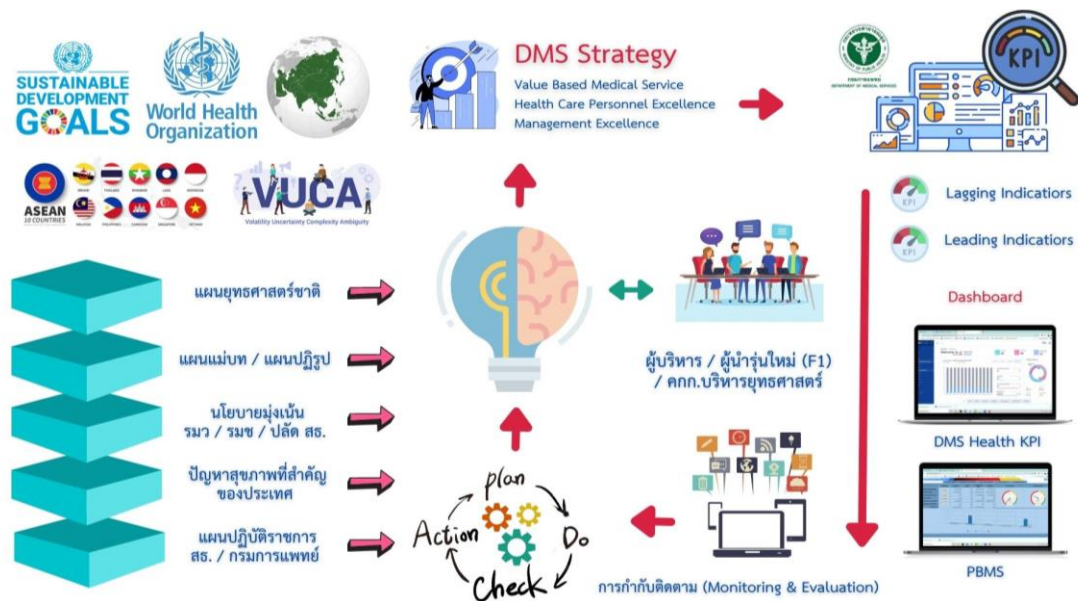
ส่วนที่ 2.2 การดำเนินการที่โดดเด่นรายหมวด

หมวด 4 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์กร และการจัดการความรู้

4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินงานของส่วนราชการ

ก. การวัดผลการดำเนินการ

กรมการแพทย์ได้วางระบบการวัดผลการดำเนินงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้ เพื่อนำไปสู่วิเคราะห์และตัดสินใจได้อย่างทันเวลา ซึ่งในอดีตระบบการประเมินผล ยังไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญยังกระจายอยู่ตามแต่ละหน่วยงาน รวมถึงระบบการบริหารจัดการทางข้อมูลยังขาดความเป็นเอกภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2561 กรมจึงได้ออกแบบระบบและกลไกการวัดผลการดำเนินการใหม่ทั้งระบบ



ภาพที่ 4-1 ระบบการติดตามและประเมินผล

(1) จากวิสัยทัศน์ของกรมการแพทย์คือ “ประชาชนสุขภาพดีได้รับการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคการแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย” จึงนำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัดในระดับกรม ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล ให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ของกระทรวง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายรัฐบาล ตัวชี้วัดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และดัชนีความสามารถในการแข่งขัน (International Institute for Management Development: IMD) เพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยรายงานผ่านระบบ Dashboard ต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่วิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ **กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดการประเมินระบบบริการการแพทย์ของประเทศสาขาต่าง ๆ (Center of Excellence: CoE / Service Plan: SP)** คือ ตัวชี้วัดอัตราตายในโรคสำคัญต่าง ๆ และตัวชี้วัดตามนโยบายมุ่งเน้น **กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดการประเมินตามภารกิจและยุทธศาสตร์** คือ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์กรม ตัวชี้วัดตามภารกิจ และตัวชี้วัดการปฏิบัติงานประจำวัน

และเพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน กรมการแพทย์ได้กำหนดรอบในการรายงานไว้โดยที่ **ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 1** กำหนดให้ทุกเขตสุขภาพรายงานผลทุกไตรมาสผ่านระบบ DMS Health KPI

โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เป็นผู้ติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำ และ ประสานศูนย์ความเป็นเลิศ (CoE) เพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการและเทคโนโลยีการแพทย์ ตามความต้องการเขตสุขภาพ **ตัวชี้วัดกลุ่มที่ 2** กำหนดให้รายงานทุกวัน / ทุกเดือน / ทุกไตรมาสตามความเหมาะสม แต่ละตัวชี้วัดผ่านระบบกำกับตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการ (DMS e-ME) / ระบบบริหารแผนงานและงบประมาณ (Planning and Budgeting Management System : PBMS) และผ่านระบบคำร้อง การปฏิบัติราชการ (DMS Performance Agreement System : E-PA) พร้อมทั้งนำข้อมูลจากการประเมินผล นำสู่การประชุมคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ ผู้บริหารกรมเป็นวาระประจำรายไตรมาส / รายเดือน เพื่อกำกับ ติดตาม เรียนรู้ และปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป รายละเอียดดังตาราง

รายชื่อตัวชี้วัด (Lagging indicator)	ผู้คัดเลือก	กลไกการติดตาม			เครื่องมือติดตาม	ความถี่ติดตาม	การวิเคราะห์	ผลการดำเนินการ
		SM	BM	CCM				
1. การประเมินระบบบริการการแพทย์ของประเทศ								
1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (160-169)	CEO		/	/	DMS Health KPI	รายไตรมาส	ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูง	ลดการป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
1.2 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	CEO		/	/	DMS Health KPI	รายไตรมาส	ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูง / ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาช้า	ลดการป่วยตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง / เพิ่มการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วขึ้น
1.3 อัตราตายของผู้ป่วย Covid-19	CEO		/	/	SAT – MOPH / Co-ward	รายไตรมาส / รายวัน	ผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Covid-19	ลดการป่วยตายของผู้ป่วย Covid-19
1.4 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	CEO		/	/	DMS Health KPI	รายไตรมาส	ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาได้ยุ่งยาก	พัฒนาโรงพยาบาลเพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ
2. การประเมินยุทธศาสตร์และการกิจ								
2.1 ยุทธศาสตร์กรมการแพทย์								
2.1.1 จำนวนหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพของกรมการแพทย์ ที่ผ่านการพิจารณาและประกาศเป็นชุดสิทธิประโยชน์	BD	/	/	/	DMS e-ME	รายไตรมาส	สนับสนุนประชาชนให้เข้าถึงระบบบริการทางด้านสาธารณสุขที่เป็นต่อสุขภาพ	ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทางด้านสาธารณสุขที่เป็นต่อสุขภาพ
2.1.2 ระดับความสำเร็จของการบริหารแผนปฏิบัติการหน่วยงาน	BD	/	/	/	E - PA	ทุก 2 ไตรมาส	กำกับบริหารจัดการองค์กรให้มีการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายของกรมฯ	กรมการแพทย์ดำเนินการได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกรม
2.2 การกิจ/การบริการหลักกรมการแพทย์								
2.2.1 ร้อยละของการผลงานวิชาการของกรมการแพทย์ที่ถูกนำไปอ้างอิง	BD	/	/	/	DMS e-ME	ไตรมาส	ส่งเสริม สนับสนุน งานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์	ประชาชนได้รับการบริการโดยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและทันสมัย
2.2.2 จำนวนของศูนย์ความเป็นเลิศ (15 สาขา) ที่มีการพัฒนาแบบก้าวกระโดด	BD	/	/	/	DMS e-ME	ไตรมาส	สถานะของการดำเนินงานศูนย์ความเป็นเลิศ	ประชาชนได้รับการบริการโดยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและทันสมัย
2.2.3 จำนวนด้านของการพัฒนา รูปแบบระบบบริการทางการแพทย์แบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อกับเขตสุขภาพ	BD	/	/	/	DMS e-ME	ไตรมาส	สถานการณ์เขตสุขภาพและความต้องการสนับสนุนการบริการ และวิชาการทางการแพทย์	สนับสนุนการพัฒนาเขตบริการสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ
2.2.4 จำนวนบุคลากรของด้านสุขภาพของเขตสุขภาพได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการและระบบสุขภาพของประเทศ	BD	/	/	/	DMS e-ME	ไตรมาส	สร้างเสริมสมรรถนะความเข้มแข็งและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ทาง การแพทย์และสาธารณสุข	บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะความเข้มแข็งและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี
2.3 การปฏิบัติงานประจำวัน								
2.3.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์เพื่อการศึกษา พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้	BD	/			PBMS	ไตรมาส	เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์อย่างมีมาตรฐาน	ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างมีมาตรฐาน
2.3.2 จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพและนวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์	BD	/			PBMS	ไตรมาส	เพิ่มจำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพและนวัตกรรมทางการแพทย์	ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
2.3.3 จำนวนองค์ความรู้ที่ศึกษาและถ่ายทอด	BD	/			PBMS	ไตรมาส	เพิ่มองค์ความรู้ให้ทันสมัย และถ่ายทอดองค์ความรู้	บุคลากรทางการแพทย์ได้รับองค์ความรู้ที่ทันสมัย

หมายเหตุ : 1. ผู้คัดเลือก: CEO = ผู้บริหารระดับสูง (Chief Executive officer), BD = คณะกรรมการ (Board of Directors)

2. กลไกการติดตาม: CCM = ประชุมผู้บริหารระดับสูง (Chief Executive Committee Meeting), BM ประชุมคณะกรรมการ (Board Meeting),

SM = Strategic Committee Meeting (ประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์)

(2) กรมการแพทย์ได้วางแนวทางในการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโดยคำนึงถึงวิสัยทัศน์ระยะ 20 ปีที่ตั้งไว้ว่า “การแพทย์ไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย” โดยมีวิธีการ ดังนี้ ❶ กำหนดประเด็นและคู่เปรียบเทียบ โดยคัดเลือกและรวบรวมตัวชี้วัดที่เป็นสากลเพื่อค้นหาสถานะอันดับที่ประเทศไทยเป็นอยู่ เช่น ดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) อัตราการป่วยตายด้วยโรคที่สำคัญ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ❷ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล โดยนำข้อมูลผลการเปรียบเทียบที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อแตกต่าง รวมทั้งค้นหาวិธีการปฏิบัติที่ดีเพื่อนำไปเป็นแนวทางการพัฒนา ❸ วางแผนพัฒนาและปรับปรุง นำช่องว่างที่ได้มาเลือกสรรและนำวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศไปประยุกต์ใช้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เกิดการพัฒนาแบบก้าวกระโดด เพื่อยกระดับความสามารถในการแข่งขันทั้งด้านบริการและวิชาการ ตามตาราง

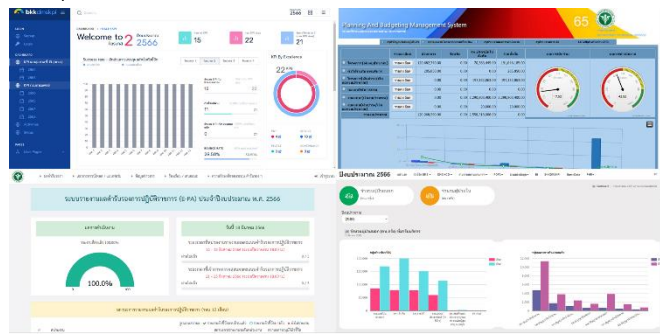
ประเด็นการเทียบเคียง	ผลการดำเนินงานประเทศเทียบเคียง										แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ
	ไทย	สิงคโปร์	เวียดนาม	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย	จีน	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	อินเดีย	
ดัชนีชี้วัดสำคัญระดับโลก (World Index)											
อายุคาดเฉลี่ย Life expectancy (LE)	77.84	83.84	74.79	75.80	70.34	71.94	76.71	84.08	80.93	68.93	Journal of global health 2020 (years)
อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE)	68.22 (4)	73.74 (1)	66.13 (7)	66.64 (6)	61.86 (9)	63.16 (8)	68.13 (5)	73.25 (2)	70.84 (3)	59.31 (10)	
ดัชนีคุณภาพชีวิต	100.97	151.59	89.95	117.98	83.74	90.36	105.07	169.48	125.04	110.99	Quality of Life Index by Country 2022 by NUMBEO
ความมั่นคงด้านสุขภาพ	68.2 (5)	57.4 (24)	42.9 (65)	56.4 (27)	45.7 (57)	50.4 (45)	47.5 (52)	60.5 (18)	65.4 (9)	42.8 (66)	Global Health Security Index 2021 (World Ranking)
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	96.8	49.1	62.3	53.5	58.3	62.2	59.7	52.8	17.5	19.2	
อัตราการป่วยตายที่เป็นปัญหาสำคัญ (Mortality Rate)											
โรคหลอดเลือดสมอง	48.6	25.5	86.6	62.6	130.9	147.1	116.9	25.8	32.4	71.7	World life Expectancy
โรคหัวใจ	63.1	54.7	66.8	157.4	197.3	181.4	114.0	31.6	30.29	160.6	
โรคมะเร็งตับ	22.9	7.0	30.5	7.8	10.5	10.4	23.6	7.9	15.15	23.0	
โรคมะเร็งปอด	21.1	22.3	23.8	19.2	15.8	17.3	36.2	19.6	22.9	89.36	
โรคมะเร็งปากมดลูก	9.1	3.0	5.9	4.9	8.5	9.0	3.3	2.6	2.6	12.9	
อุบัติเหตุทางถนน	30.2	2.9	23.2	23.4	11.4	18.0	17.7	2.4	8.0	23.9	

จากตารางจะเห็นว่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประเทศไทยอยู่อันดับที่ 4 ในขณะที่ลำดับที่ 1 – 3 ได้แก่ สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ สำหรับดัชนีคุณภาพชีวิตประเทศไทยอยู่อันดับที่ 7 ในขณะที่อันดับที่ 1 – 3 ได้แก่ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และเกาหลีใต้ ทางด้านความมั่นคงด้านสุขภาพไทยอยู่อันดับที่ 5 จาก 196 ประเทศทั่วโลก ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าไทย มีค่าคะแนนที่ 96.8 จากค่าคะแนนเฉลี่ย 55.2 ในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ไทยมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรเฉลี่ยคนละ 296 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งในอนาคตหากเข้าสู่สังคมสูงวัย คาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในส่วนของการรักษาพยาบาล และค่ายา และจากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) มีสาเหตุสำคัญจากการบาดเจ็บทางถนน และโรคเรื้อรัง (Chronic disease) เช่น มะเร็ง หัวใจ และหลอดเลือดสมอง

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	รายละเอียดสุขภาพ													รวม
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
อัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง (60-69)	2560	≤ ร้อยละ 7	7.1	11.5	11.1	14.2	11.4	11.9	4.7	3.9	6.8	5.5	9.9	7.8	n/a	8.82
	2561	≤ ร้อยละ 7	6.9	9.5	11.3	13.1	10.1	11.2	3.7	4.4	5.9	5.7	8.1	6.5	n/a	8.03
	2562	≤ ร้อยละ 7	6.9	9.5	11.3	13.1	10.1	11.2	3.7	4.4	5.9	5.7	8.1	6.5	n/a	8.02
	2563	≤ ร้อยละ 7	7.0	10.1	10.2	13.6	10.5	11.5	3.4	4.3	6.1	5.7	7.9	6.6	9.1	8.15
	2564	≤ ร้อยละ 7	7.6	10.4	11.6	14.6	10.5	11.7	4.1	3.9	6.2	6.1	8.9	6.0	10.8	8.65
อัตราการเสียชีวิตในรพ.ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI	2560	≤ ร้อยละ 10	8.4	11.3	14.0	11.0	13.3	8.23	5.92	11.3	9.41	15.1	10.0	8.04	8.85	10.39
	2561	≤ ร้อยละ 10	9.65	10.9	10.3	12.8	12.0	7.35	6.97	9.77	11.7	13.1	9.61	7.81	6	9.84
	2562	≤ ร้อยละ 10	9.27	12.8	10.7	11.8	8.2	8.11	6.41	9.5	5.54	9.87	4.93	8.4	8.09	8.74
	2563	≤ ร้อยละ 9	9.48	12.2	13.9	11.9	12.8	9.98	7.5	7.53	12.3	12.5	9.07	11.2	7.17	10.57
	2564	≤ ร้อยละ 9	8.75	13.0	15.4	12.7	11.3	11.2	9.44	6.63	10.9	13.8	10.2	8.94	8.56	10.83
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	2560	≥ ร้อยละ 80	82.1	77.7	84.6	86.8	83.4	69.6	75.1	75.5	78.6	86	77.8	77.6	n/a	79.57
	2561	≥ ร้อยละ 80	73.9	71.5	67.2	82.3	72.7	70.3	74.2	76.9	63.9	76	69.6	69.3	n/a	72.32
	2562	≥ ร้อยละ 70	72.4	81.7	72.5	74.8	73.2	72.2	88.3	73.9	59.5	78.4	70.6	68.5	64.6	73.12
	2563	≥ ร้อยละ 70	72.4	72.4	64.2	72.0	74.8	69.6	72.5	73.7	52.4	84.6	71.5	65.7	67.7	70.27
	2564	≥ ร้อยละ 70	76.9	71.9	63.5	70.6	71.4	72	69.3	79.2	61.7	79.8	71.3	71.5	60.7	70.75

จากตารางจะเห็นว่าภาพรวมอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 สูงกว่าเป้าหมาย โดยเขตที่พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเป้าหมาย คือ เขตบริการสุขภาพที่ 2 , 3 , 4 , 5, 6 , 11 และ 13 และทุกเขตบริการสุขภาพมีอัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเป้าหมาย สำหรับภาพรวมการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลาที่กำหนด 4 สัปดาห์ เพิ่มสูงขึ้น โดยมีเขตบริการสุขภาพที่ 3 และ 13 ที่มีระยะเวลาการรอคอยนานกว่า 4 สัปดาห์ จากการเปรียบเทียบนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุตัวชี้วัด พบว่าการจัดระบบบริการการแพทย์ที่ครอบคลุมทั่วถึง (Access & Coverage) ให้ได้คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety) จะช่วยลดสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้กรมการแพทย์จึงกำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Healthcare) เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

(3) แต่เดิมในอดีตการแสดงผลการดำเนินงานของกรมการแพทย์อยู่ในรูปแบบกระดาษและให้หน่วยงานส่งรายงานเข้ามายังหน่วยงานสนับสนุนผ่านทางไปรษณีย์ / Email จากนั้นหน่วยงานสนับสนุนส่วนกลางจะบันทึกข้อมูลบนระบบแล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า เกิดความล่าช้า เอกสารสูญหาย ส่งผลให้การติดตามการดำเนินงานยุทธศาสตร์และภารกิจ ไม่ทันต่อสถานการณ์ การกำหนดนโยบายมี ความล่าช้า ดังนั้นเพื่อให้มั่นใจได้ว่ากรมการแพทย์มีระบบการวัดผลที่มีความคล่องตัวสามารถ

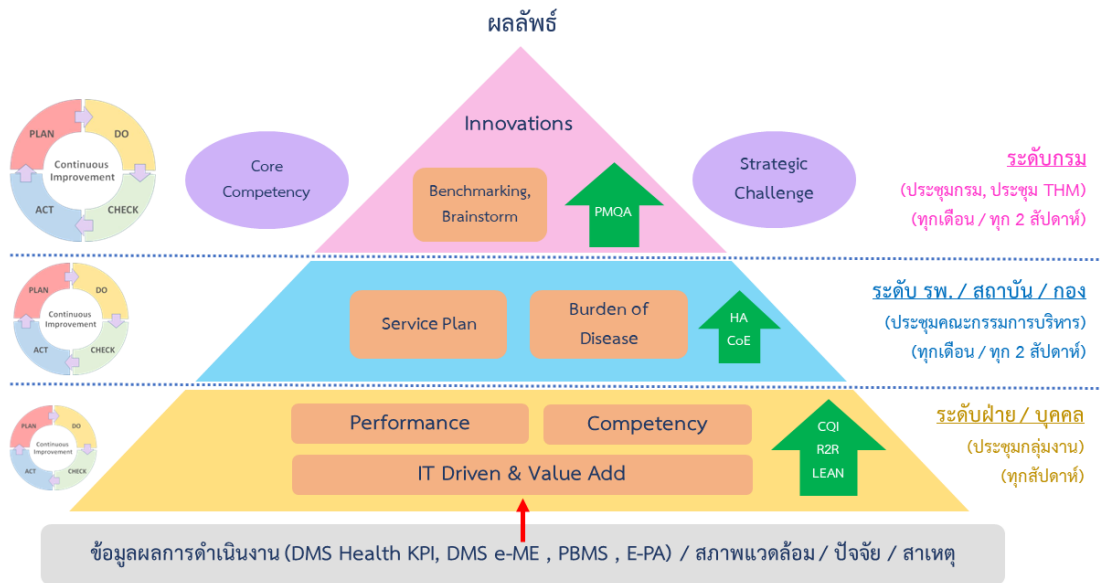


ภาพที่ 4-2 ตัวอย่าง Dashboard ที่สำคัญ

ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2561 กรมจึงพัฒนาระบบติดตามที่สำคัญดังนี้ ❶ ระบบการกำกับติดตามตัวชี้วัดกรมการแพทย์ (DMS Health KPI) สนับสนุนการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ของประเทศ ❷ ระบบกำกับตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ (DMS e-ME) ❸ ระบบบริหารแผนงานและงบประมาณกรมการแพทย์ (PBMS) ❹ ระบบคุ้มครองการปฏิบัติราชการอิเล็กทรอนิกส์ (E-PA) จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ผลจากการออกแบบระบบและกลไกการวัดการดำเนินงานใหม่ ทำให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศของตัวชี้วัดที่สามารถใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสมกับสถานการณ์ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ในระยะ 1 การเกิดต้นแบบ Hospitel บริการผู้ป่วยหลังรักษาที่ต้องอยู่ในช่วงระยะกักตัว (ระยะเฝ้าระวังโรค) ในระยะ 2 จากข้อมูลตัวเลขผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นในพื้นที่เสี่ยง (Cluster) ทำให้เกิดรพ.สนามต้นแบบแห่งแรกของประเทศ เพื่อการบริหารจัดการสถานการณ์ Covid-19 โดยทีมการแพทย์ฉุกเฉิน (MERT) ของกรมการแพทย์ ในระยะ 3 – 4 เกิดปัญหาผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าสามหมื่นคนต่อวัน กรมนำระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วย Covid -19 (ระบบ Co-Ward) วิเคราะห์ปัญหาบูรณาการข้อมูลกับทุกภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งองค์การนอกภาครัฐ (NGOs) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ผ่านการประชุมร่วมกันเป็นประจำทุกวัน (ในช่วงสถานการณ์ที่พบผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก) ซึ่งจากการประชุมร่วมกันสามารถผลักดันนโยบายที่ใช้ร่วมกันทั้งประเทศ คือ แนวทางการรักษาตัวเองที่บ้าน (Home Isolation : HI) ศูนย์แยกโรคชุมชน (Community Isolation : CI) และจัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)

ข. การวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการ

(4) กรมการแพทย์วางรอบของการวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการไว้อย่างเป็นระบบในทุกกระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ **ระดับฝ่าย / บุคคล** จะเป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการปฏิบัติงานประจำวัน โดยวางรอบการวิเคราะห์และทบทวนไว้ คือ ทุกสัปดาห์ ซึ่งจะมีหัวหน้ากลุ่มงานเป็นประธานในการประชุม จะทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการในด้านต่าง ๆ รวมถึงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ต่อมาจะเป็น **ระดับโรงพยาบาล สถาบัน กอง** เป็นการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ ภารกิจหลักของกรม โดยวางรอบการวิเคราะห์และทบทวนไว้อย่างน้อยทุกเดือน ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร



ภาพที่ 4-3 กรอบการวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินงาน

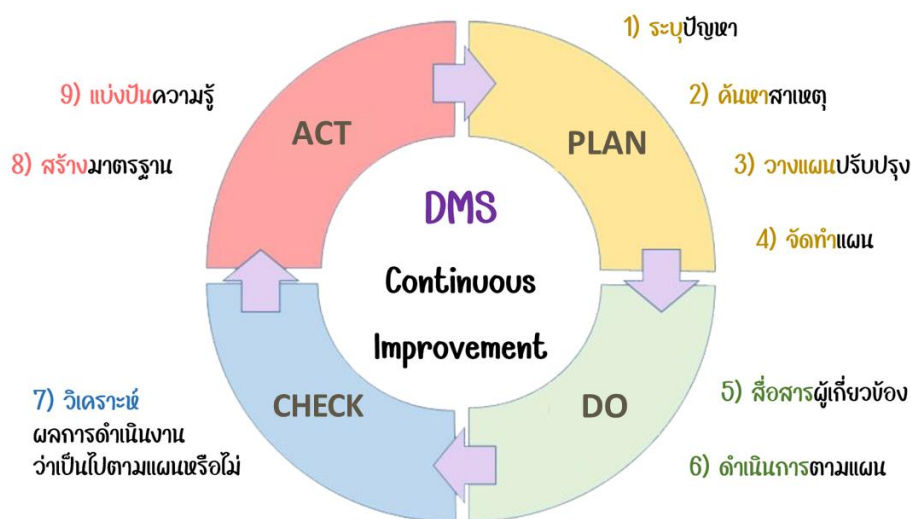
ของหน่วยงาน ซึ่งมีผู้อำนวยการเป็นประธานในการประชุม จะทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับการดำเนินงานของ ศูนย์ความเป็นเลิศ (CoE) สถานการณ์เขตสุขภาพ รวมทั้งความต้องการสนับสนุนการบริการและวิชาการทางการแพทย์ และสุดท้าย**ระดับกรม** จะเป็นการวิเคราะห์ระบบการแพทย์ของประเทศ เช่น อัตราตายในโรคสำคัญต่าง ๆ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน / สำนักนิเทศระบบการแพทย์จะเป็นผู้นำเสนอผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้บริหารมารับทราบสถานการณ์และแนวโน้มของผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ว่าเป็นอย่างไร และจะต้องดำเนินการแก้ไขอย่างไรเมื่อผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน ซึ่งการวิเคราะห์จะเป็นการระดมสมองร่วมกันผ่านการประชุมผู้บริหารกรมทุกเดือน และการประชุม THM (Thursday Meeting) ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อให้ได้แนวทาง / วิธีการแก้ไขปัญหาและวิธีการปรับปรุงงานต่าง ๆ จากนั้นจะสั่งการให้ผู้รับผิดชอบไปดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้กลับมารายงานผลการดำเนินงานในการประชุมกรม / การประชุม THM ในครั้งต่อไป

ค. การปรับปรุงผลการดำเนินการ

(5) จากการทบทวนผลการดำเนินการโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบกับคู่แข่งที่สำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามต่อสภาวะสุขภาพของประชาชน สภาวะการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ การแข่งขัน การพัฒนาบริการทางการแพทย์ การพัฒนาระบบ Big Data รวมถึงการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และคาดการณ์ โดยการ ทำให้กรมสามารถคาดการณ์ผลการดำเนินงานในอนาคตได้คือ ในปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 77 ปี และอายุคาดเฉลี่ย

ของการมีสุขภาพดีเท่ากับ 68 ปี แต่การตั้งเป้าหมายให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับ 1 ใน 3 ของเอเชียในอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดต้องเท่ากับ 80 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีต้องเท่ากับ 72 ปี ซึ่งเมื่อคาดการณ์ผลการดำเนินงานในอนาคตแล้ว พบว่าถ้ายังคงดำเนินการแบบเดิมนั้น เมื่อถึงปี พ.ศ. 2580 ผลการดำเนินงานของกรมอาจจะไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ด้วยเหตุนี้กรมจึงต้องหาแนวทางเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานที่สำคัญ และนำไปกำหนดเป็นยุทธศาสตร์และผลักดันสู่การเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการทางการแพทย์ให้มีมาตรฐานที่ดียิ่งขึ้น

(6) กรมได้วิเคราะห์และทบทวนการดำเนินการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง กรมได้ปรับปรุงการดำเนินการโดยนำแนวคิด PDCA มาใช้ในการยกระดับประสิทธิภาพกระบวนการทำงานของกรมอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการกับเครื่องมือสมัยใหม่ เช่น R2R RM BSC CQI QA AAR และมาตรฐาน HA ISO JCI Green and Clean เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดการสร้างผลผลิตและนวัตกรรมตามขั้นตอนดังนี้ ① ระบุปัญหาจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ② ค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ③ วางแผนปรับปรุงโดยกำหนดหัวข้อปัญหา รวมทั้งการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับการปรับปรุง ④ จัดทำแผนการปรับปรุง กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ⑤ สื่อสารคณะทำงานและจัดอบรมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจแนวทาง คู่มือการปฏิบัติงานตามกระบวนการใหม่ ⑥ ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามแผนในส่วนที่เกี่ยวข้อง ⑦ ติดตาม วิเคราะห์ผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ ⑧ ถ้าหากเป็นไปตามแผนจะนำไปสู่การสร้างมาตรฐานใหม่ ⑨ ซึ่งมาตรฐานใหม่ที่ได้จะนำไปสู่การขยายผลต่อไป



ภาพที่ 4-4 แนวทางการปรับปรุงผลการดำเนินการ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดตั้งแต่การวัดผลการดำเนินการ การวิเคราะห์และการทบทวน ตลอดจนการปรับปรุงผลการดำเนินงาน กรมการแพทย์ขอยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมก็คือ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประเทศไทยมีสถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ราวปีละ 1.2-1.3 แสนราย อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 7-8 หมื่นรายต่อปี สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง นอกเหนือจากระดับความรุนแรงของโรคแล้ว อุปสรรคที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ “เวลา” ที่ขวางกั้นไม่ไห้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ในหลายกรณีเมื่อตรวจเจอมะเร็งแล้ว แต่กลับต้องรอคอยคิวในการรักษานานอีกหลายเดือน เนื่องจากข้อจำกัดของเครื่องฉายรังสีที่มีจำกัดอยู่ แต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้การเข้าถึงบริการการรักษา

เกิดความล่าช้า อีกทั้งปัญหาในการส่งตัวผู้ป่วยมะเร็งเพื่อรับการเข้ารับรักษาต่อในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องมีการส่งต่อตามระบบจากโรงพยาบาลเล็กไปโรงพยาบาลใหญ่ตามลำดับและต้องใช้หนังสือรับรองสิทธิ ทุกครั้งเป็นการสร้างยุ่งยากให้กับผู้ป่วย จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นทางผู้บริหารกรมไม่ได้มีนัยนอใจ จึงได้ร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับ Project Manager ด้านโรคมะเร็ง จึงนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือเพิ่มเครื่องฉายรังสีและจัดสรรไปยังเขตสุขภาพ

รวมทั้งจัดทำโครงการผู้ป่วยมะเร็ง รักษาได้ทุกที่...ที่มีความพร้อม (Cancer Anywhere) โดยเริ่มจากออกแบบระบบบริการ มะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ ซึ่งประกอบด้วย ระบบย่อย 3 ด้านคือระบบข้อมูล ระบบบริการ และระบบจ่ายชดเชย



ภาพที่ 4-5 Cancer Anywhere



ภาพที่ 4-6 รายชื่อสถานบริการที่รับ-ส่งต่อ

ข้ามจังหวัดได้ ในโรงพยาบาลที่รองรับสิทธิบัตรทอง โดยมีเจ้าหน้าที่คอยประสานงานให้ตั้งแต่เริ่มต้น และไม่ต้องใช้ใบส่งตัว

4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้

ก. ข้อมูล และสารสนเทศ

(7) กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานทางวิชาการที่ขับเคลื่อนการทำงานบนข้อมูลเชิงประจักษ์ มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศจากทั่วประเทศก่อให้เกิดเป็น Big Data ดังนั้นเพื่อให้ข้อมูลและสารสนเทศมีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน สมบูรณ์ เชื่อถือได้ จึงต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่และมิติเพื่อเป็นการกำกับข้อมูลมีคุณภาพ นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

มิติคุณภาพข้อมูล	ข้อมูล/สารสนเทศ	ตัวชี้วัด	ประสิทธิผล
1. ความถูกต้องและสมบูรณ์ (Accuracy and Completeness)	- สถานพยาบาลส่งข้อมูล 43 แฟ้ม โดยดึงข้อมูลจากระบบ HIS ของสถานพยาบาลเองโดยตรงพร้อมตรวจสอบความถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโดยตรง	- ร้อยละของข้อมูล 43 แฟ้มที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	- ร้อยละ 90 ของข้อมูล 43 แฟ้ม มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
2. ความสอดคล้องกัน (Consistency)	- สถานพยาบาลใช้ชุดข้อมูลที่เป็นรูปแบบเดียวกันและอ้างอิงตามมาตรฐานสากล ซึ่งชุดข้อมูล 43 แฟ้มนี้มีการใช้รหัสโรค ICD-10	- ระยะเวลาในการจัดทำรายงานสารสนเทศตาม Service plan ของกรม (ลดลงเมื่อเทียบกับงานแบบเดิม)	- ลดระยะเวลาในการจัดทำรายงานสารสนเทศตาม Service plan ลง ร้อยละ 45 เมื่อเทียบกับงานแบบเดิม
3. ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Relevancy)	- มีการสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลของผู้เกี่ยวข้องและคืนข้อมูลให้ผู้รับบริการในรูปแบบข้อมูลรายบุคคล เช่น ฐานข้อมูลของกรม (PHR) ฐานข้อมูลของกระทรวง (Health link) เป็นต้น	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้ข้อมูล - ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	- ร้อยละ 85 ของผู้ใช้ข้อมูลมีความพึงพอใจ - ร้อยละ 85 ของผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
4. ความเป็นปัจจุบัน (Timeliness)	- ข้อมูล 43 แฟ้มมีการ update ข้อมูลแบบ real time	- ร้อยละของสถานพยาบาลที่สามารถส่งข้อมูล 43 แฟ้มแบบ real time	- ร้อยละ 75 ของสถานพยาบาลสามารถส่งข้อมูลแบบ real time
5. ความพร้อมใช้ (Availability)	- มีระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงที่มีความเสถียรรองรับการให้บริการข้อมูล ผู้ใช้บริการสามารถใช้งานได้ทุกเวลาและทุกสถานที่	- ระยะเวลาที่เกิด Downtime ใน 1 ปี ไม่เกิน 1% หรือต้องใช้งานได้ (Uptime) 99% ต่อปี	- มีระยะเวลาในการเกิด Downtime น้อยกว่า 1 ชั่วโมงในปี 2565 ซึ่งไม่เกิน 0.89%

(8) พร้อมทั้งจัดทำข้อมูลฐานข้อมูลสารและสนเทศที่สำคัญสนับสนุนเหมาะสมกับความต้องการใช้งาน โดยการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศจากทุกหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ทั้งหน่วยบริการและหน่วยสนับสนุน ซึ่งเป็นข้อมูลและสารสนเทศที่สนับสนุนภารกิจและการปฏิบัติงานของกรมการแพทย์ ทั้งด้านการบริการ วิชาการ และการบริหาร มีการสื่อสารร่วมกันระหว่างผู้เก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ และผู้ใช้งานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Auditor) และติดตามความครบถ้วนของข้อมูลและสารสนเทศ ทั้งในระดับกอง/สำนัก และสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากร ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คู่ความร่วมมือสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามสิทธิการเข้าถึง ตามตาราง

ชื่อฐานข้อมูล	ความถี่ในการรวบรวม	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ	สิทธิในการเข้าถึง				
			ผู้บริหาร	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผู้รับบริการ	พันธมิตร	คู่ความร่วมมือ
ข้อมูล 43 แฟ้ม	Realtime	สำนักดิจิทัลการแพทย์	✓	✓			
ข้อมูลวิจัย	ไตรมาส	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์	✓	✓	✓	✓	✓
E-Sara ban	Realtime	สำนักเลขานุการกรม	✓	✓			
DMS e-ME / Plan & Budget Management System (PBMS)	รายเดือน	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	✓	✓	✓	✓

ชื่อฐานข้อมูล	ความถี่ในการรวบรวม	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ	สิทธิ์ในการเข้าถึง				
			ผู้บริหาร	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผู้รับบริการ	พันธมิตร	คู่ความร่วมมือ
HI&CI DMS (AMED)	Realtime	สำนักดิจิทัลการแพทย์	✓	✓	✓		✓
PHR สำหรับผู้ป่วย	Realtime	สำนักดิจิทัลการแพทย์	✓	✓	✓		
E-learning	Realtime	สำนักดิจิทัลการแพทย์		✓			
DPIS	Realtime	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	✓		✓	✓	✓
Health Link สำหรับแพทย์	Realtime	สำนักดิจิทัลการแพทย์	✓		✓	✓	✓
คำรับรองการปฏิบัติราชการ	ทุก 6 เดือน	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	✓				

กรมการแพทย์ได้ใช้ระบบบริหารจัดการเครือข่ายในการบูรณาการหน่วยงาน **กรณีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19)** เพื่อการบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (Co-ward) จากสถานบริการทุกสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ จำนวน 1,670 แห่ง จัดเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยได้รับความร่วมมือในการพัฒนาระบบจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ,กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ (GBDI) โดยใช้เครื่องมือสำเร็จรูป (tableau) ในการสร้างสรรค์รายงานออกมาในรูปแบบ Dashboard ที่ผู้ใช้เข้าใจง่าย รองรับการใช้งานผ่าน Smart device ในหลากหลายมุมมอง และหลายระดับชั้น นำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ในระดับประเทศและพื้นที่ และใช้ในการศึกษา พยากรณ์สถานการณ์ เพื่อเตรียมการในด้านต่าง ๆ เช่น จำนวนผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค การใช้ทรัพยากรเตียง เครื่องช่วยหายใจ การใช้จ่าย โดยการฉายภาพจำแนกเป็นตารางรายเขตสุขภาพ รายจังหวัด ใช้สีแสดงระดับชั้นความรุนแรง วิเคราะห์อัตราครองเตียงและอัตราความรุนแรงแต่ละประเภท การฉายภาพแบบแผนที่รายจังหวัด รายเขตสุขภาพ แนวโน้มอัตราป่วย อัตราครองเตียง เพื่อฉายให้เห็นภาพการเตรียมการเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยข้อมูลที่นำมาสังเคราะห์ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องระดับหนึ่ง และมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแก้ไขข้อมูลตลอดเวลา นำไปสู่การกำหนดมาตรการต่าง ๆ เช่น การปรับเพิ่ม/ลดเตียงในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยแบบ Home Isolation และ Community Isolation หรือ แบบ Out Patient Self Isolation นอกจากนี้ระบบ Co-ward เชื่อมโยงกับระบบ Co-lab (เก็บข้อมูลการตรวจ Lab) และเชื่อม Co-link (ถึงรวมกลาง) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษา

นอกจากนี้กรมการแพทย์ใช้ระบบบริหารจัดการฐานข้อมูลขนาดใหญ่ หรือ Big Data โดยใช้เครื่องมือ Tableau โดยพัฒนาในรูปแบบ Web-based Application ซึ่งสามารถใช้งานได้ทั้งบนเครื่องคอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ Smart service ทำการจัดการฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีข้อมูลผู้ป่วยมากกว่า 20 ล้านรายการ ให้แสดงผลในรูปแบบ BI และ Dashboard ได้อย่างรวดเร็ว ให้ผลลัพธ์ได้ตรงตามความต้องการใช้งาน นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์กับสำนักงานแพทย์กทม. และหน่วยงานอื่น ๆ ในรูปแบบ Web Service เพื่อยกระดับการบริการด้วยการใช้เลขประชาชน 13 หลัก ให้ประชาชนสามารถรับบริการข้อมูลผลการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด (ข้อมูลเบาหวาน ความดันโลหิต การแพทย์ และค่าดัชนีมวลกาย) ที่รับการตรวจหรือรับบริการจากโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์กทม. และโรงพยาบาลสังกัดอื่นที่มี MOU ร่วมกัน รวมทั้งมีการจัดหาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบเครือข่าย เพื่อรองรับการบริหารจัดการระบบสารสนเทศและการสื่อสารให้มีความน่าเชื่อถือ ปลอดภัย และใช้งานง่าย ได้แก่ การจัดการ

ให้มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ด้านเครือข่ายและระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล จัดให้มี Antivirus, Firewall รวมทั้งการจัดทำคู่มือการใช้งาน การกำหนดรหัสผ่านใช้งานอินเทอร์เน็ต (Authen) การฝึกอบรมสร้างความตระหนักการรักษาความปลอดภัยด้านสารสนเทศให้กับบุคลากรภายในกรมการแพทย์ ตลอดจนได้ใช้เทคโนโลยี Cloud Computing ในการจัดเก็บฐานข้อมูลและให้บริการ Virtual Machine Server แก่หน่วยงานในสังกัด โดยมีพื้นที่ในการจัดเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก มีการลงทุน Private Cloud ของกรมติดตั้งอยู่ที่ศรีราชา (ใช้เป็น Disaster Recovery Site) โดยมีการเชื่อมต่อเครือข่ายกันโดยตรงกับ Datacenter กรมการแพทย์ โดยทั้ง 2 site มี Firewall ในการป้องกันเครือข่าย ชนิด Next-Gen Firewall ส่วนที่ 2 ได้รับความอนุเคราะห์จาก GDCC (Government Data and Cloud Center) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการคลาวด์ภาครัฐ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย การใช้ระบบ Cloud ของกรมการแพทย์ จึงถือเป็นการดำเนินงานสอดคล้องตามพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล มีการ Backup ข้อมูลเป็นรายวันรายสัปดาห์ และดำเนินการทดสอบระบบ Recovery ข้อมูลเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่กรมการแพทย์ ทำให้ข้อมูลมีความพร้อมในการใช้งาน สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ การให้บริการแบบไร้รอยต่อ แก้ไขปัญหาการระโรค ระบาดวิทยา โดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนต่อไป

ข. ความรู้ของส่วนราชการ

» DMS Knowledge Management



ประชาชนได้รับบริการ
ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและทั่วถึง



ภาพที่ 4-7 กระบวนการจัดการความรู้

(9) กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานวิชาการที่มีการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์ จึงได้ออกแบบระบบจัดการความรู้ ซึ่งอธิบดีได้มีการแต่งตั้งรองอธิบดีเป็นผู้บริหารจัดการความรู้ (Chief Knowledge Officer : CKO) ที่เป็นผู้มอบนโยบาย กำกับติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยกรมมีขั้นตอนในการจัดการความรู้แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ภายหลังจากวัด วิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินงาน เริ่มจาก **1** หน่วยงานในสังกัด ทั้งศูนย์ความเป็นเลิศ 15 ด้าน (CoE) และหน่วยงานสนับสนุน จะทำการสร้างความรู้ใหม่และแสวงหาความรู้ทั้งภายใน / ภายนอกองค์กร ผ่านการถอดบทเรียนจากแนวทางและปัจจัยความสำเร็จต่าง ๆ ในการปรับปรุงผลการดำเนินงานนำมาจัดทำในรูปแบบเอกสารวิชาการ **2** คณะกรรมการจัดการความรู้ของหน่วยงานจะร่วมกับ Project Manager ในการรวบรวมและจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ หมวดหมู่ที่สามารถค้นหาได้ง่าย ซึ่งจะจัดเก็บในรูปแบบเอกสาร Video และสื่อต่าง ๆ ทั้งในช่องทาง online และ offline เช่น Facebook เว็บไซต์กรมการแพทย์

การจัดประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแต่ละ COE กิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ เป็นต้น **3 กองวิชาการแพทย์จะร่วมกับ Project Manager รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ** ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ร่วมกันดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติ แนวทางการรักษา มาตรฐานการรักษา และจัดทำรูปแบบจำลองเพื่อทดสอบการนำองค์ความรู้ไปใช้ในพื้นที่ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลลัพธ์การรักษา นำมาประเมินประสิทธิผลและประสิทธิผลของความรู้ นำไปสู่การปรับปรุงและเผยแพร่ **4 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จะร่วมกับ Project Manager และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ** ในการผลักดันเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ **5 สำนักนิเทศระบบการแพทย์จะร่วมกับ Project Manager และเขตสุขภาพ** จะนำองค์ความรู้สู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพทั่วประเทศโดยผ่านทางนโยบายแผนจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และมีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างตามตาราง

กลุ่มเป้าหมาย	องค์ความรู้	วิธีการแบ่งปัน	การนำไปใช้ประโยชน์	ผลลัพธ์
บุคลากร	- คู่มือการประเมินคุณภาพเอกสารงานวิจัย - คู่มือการจัดประชุมอบรม - คู่มือการจัดทำคำของบประมาณ	- การเป็นวิทยากร - การประชุม - หนังสือราชการ - DMS E-Learning - DMS KM	- ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของบุคลากร	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ผู้รับบริการ (กลุ่มผู้ป่วย)	- คู่มือความรู้สุขภาพประชาชน	- Infographic - เอกสารเผยแพร่ - เว็บไซต์ - สื่อออนไลน์ต่าง ๆ	- ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนเอง	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อองค์ความรู้
เขตสุขภาพ	- แนวทางการรักษาโรคที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง	- การเป็นวิทยากร - การประชุม - เอกสารเผยแพร่ - เว็บไซต์ - สื่อออนไลน์ต่าง ๆ	- จัดระบบบริการในสถานบริการสุขภาพ	- ร้อยละความเชื่อมั่นที่มีต่อการดำเนินงานของกรมการแพทย์

(10) กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการดูแลและรักษาฝ่ายกาย ที่มีหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในระดับตติยภูมิและสูงกว่า ได้มีการค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีเยี่ยม (Best Practice) โดยพิจารณาตามบทบาทของหน่วยงานในสังกัดที่เป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence : CoE) 15 ด้าน ซึ่งเป็นการแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านจักษุวิทยา ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านโรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก ด้านการจัดบริการเพื่อพระภิกษุและสามเณร ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านทันตกรรม ด้านระบบประสาท ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และด้านโรคเด็ก โดยมีกระบวนการเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดด้วยการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) ที่มีความน่าเชื่อถือ ผ่านการประชุมของ Cluster ต่าง ๆ (กลุ่ม 5GDNA , กลุ่มโรคมะเร็ง 7+1 , กลุ่มยาเสพติด 6+1) โดยใช้วิธีการประชุมระดมสมองร่วมกันเพื่อศึกษาทบทวน ตลอดจนศึกษาดูงานเพื่อศึกษาแนวทางปฏิบัติที่ดี และถอดบทเรียนมาใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและบริบทต่อไป ดังตัวอย่างตามตาราง

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence: CoE)	Best practice	สาขา Service Plan	การนำไปใช้/ขยายผล	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์
ด้านโรคมะเร็ง	มะเร็ง รักษาไว ได้ทุกที่ ชีวิตดีทั่วยุทธ (Cancer anywhere)	สาขาโรคมะเร็ง (Cancer)	1) ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงวิธีการรักษาโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และเคมีบำบัด ภายในระยะเวลาที่กำหนดคือภายใน 4, 6 และ 6 สัปดาห์ตามลำดับ 2) ประชาชนในเขตพื้นที่บริการสามารถเข้าถึงการรักษาภายในเขตบริการของตนเองได้เต็มประสิทธิภาพ จากการประสานงานของ Cancer Coordinator และการ share resource การให้บริการในพื้นที่ผ่านโปรแกรม THE ONE 3) ประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ	1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในเวลาที่กำหนด : มะเร็งตับและท่อน้ำดี/ มะเร็งลำไส้ใหญ่/ มะเร็งปากมดลูก/ มะเร็งเต้านม/มะเร็งปอดและหลอดลม 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (> 70%) : ผ่าน (71.16%) 3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (> 70%) : ผ่าน (74.18%) 4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (> 60%) : ผ่าน (62.97%)
ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด	การบำบัดผู้ติดยาด้วยมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)	สาขายาเสพติด (Drugs Addict)	1) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเสพติดได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการป้องกันและลดโอกาสการกลับไปเสพติดซ้ำ 2) ให้โอกาสในการเริ่มต้นชีวิตใหม่แก่ผู้กระทำความผิดและช่วยส่งเสริมการคืนคนดีสู่สังคม	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (55%) : ไม่ผ่าน (39.87%)
ด้านโรคทรวงอก	ช่องทางด่วนรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI Fast Track)	สาขาโรคหัวใจ (STEMI)	1) ระบบ fast track STEMI และให้คำปรึกษาในเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการให้บริการแบบไร้รอยต่อ 2) มีศูนย์หัวใจที่มี Cath lab อย่างน้อย 1 แห่งในแต่ละเขตสุขภาพสามารถให้บริการ 24/7	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< 9%) : ผ่าน (10.03%) 2) ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (> 60%) : ไม่ผ่าน (48.29%) 2.1) ร้อยละการให้ยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที (> 60%) : ไม่ผ่าน (50.34%) 2.2) ร้อยละการได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที (> 60%) : ไม่ผ่าน (45.63%)
ด้านระบบประสาท	หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)	สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	พัฒนา Thrombectomy ในโรงพยาบาลและเขตสุขภาพที่มีความพร้อม	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (< 7%) : ไม่ผ่าน (8.19%)

11) ด้วยภารกิจกรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการ ประกอบกับบุคลากรที่ถูกคัดเลือกมาอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะสำคัญคือเป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ ส่งผลให้กรมมีองค์ความรู้เป็นจำนวนมากที่ถูกสั่งสมและตกทอดมาเป็นระยะเวลายาวนาน จากการวิเคราะห์ระบบการเรียนรู้ของกรม พบว่าสามารถจำแนกประเภทของการเรียนรู้ ได้แก่

- 1 การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานประจำวัน** โดยใช้การสังเกต การตั้งคำถาม การทำ R2R การค้นหาคำตอบและถอดบทเรียนจากลักษณะงานที่ทำ ทั้งงานบริการ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และงานสนับสนุน มีการรวบรวมข้อค้นพบที่ได้จากการเรียนรู้ดังกล่าว เช่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าถึงเพื่อนำไปปรับ ประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ตัวอย่างเช่น การถอดบทเรียนการดำเนินงาน COVID-19 ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ที่หน่วยงานแต่ละแห่งต้องมีการปรับระบบบริการภายใต้สถานการณ์การระบาด ที่ต้องมีการวิเคราะห์เชิงระบบทั้งในด้าน System Service Structure และ Staff ให้ยังสามารถให้บริการได้ตามความเหมาะสมและคงไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย
- 2 การเรียนรู้จากปัญหา** ธรรมชาติของการทำงานย่อมเกิดปัญหา และกรมการแพทย์เล็งเห็นว่าปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อสิ่งที่ดีขึ้น เช่น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่มีผู้ติดเชื้อสูง จึงทำให้ทรัพยากรที่เป็นในการดูแลรักษา เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เต็ม เป็นต้น ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดนวัตกรรมบริการ Home Isolation สำหรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่รุนแรงให้สามารถแยกกักตัวที่บ้านได้ เพื่อแก้ปัญหาการใช้ทรัพยากรในระบบบริการ โดยมีระบบรองรับเพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งการส่งยา/อาหาร/เวชภัณฑ์ การติดตามและประเมินอาการ การให้คำปรึกษา และโอกาสการส่งต่อในกรณีที่มีอาการรุนแรงขึ้น นอกจากนี้จากการที่ระบบบริการสุขภาพต้องหยุดชะงักลง ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการในกรณีฉุกเฉิน ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ กรมการแพทย์จึงได้จัดทำแนวทางการให้บริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal medical services) เพื่อให้ระบบบริการด้านต่างๆ สามารถให้บริการได้ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 จำนวน 13 ระบบบริการ (OPD, IPD, ICU, Rehability, Dental, NCD, Lab, OR, LR, ER, X-ray, ENT, ARI clinic) โดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ การลดความแออัด เพิ่มการเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม และความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการปลอดภัย
- 3 การเรียนรู้จากโอกาสและการเปลี่ยนแปลง** กรมการแพทย์เป็นองค์กรแห่งการพัฒนาที่แสวงหาโอกาสและการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้จุดเด่นหรือจุดแข็งของทรัพยากรที่มีอยู่ในการดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น หน่วยงานในกรมการแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาและได้มีการพยายามที่จะใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ลดความแออัด และเกิดความปลอดภัยทั้งแก่บุคลากรและผู้รับบริการ โดยได้พัฒนาระบบต่าง ๆ มารองรับ เช่น การลงทะเบียนพบแพทย์ การส่งยาทางไปรษณีย์ การใช้ชุดสิทธิประโยชน์รองรับการเบิกจ่ายตามสิทธิ เป็นต้น จนในช่วงสถานการณ์ COVID-19 มีความจำเป็นต้องปรับระบบบริการจนสามารถใช้ Telemedicine ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ

7.1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ

กรมการแพทย์มีภารกิจในการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีคุณภาพ ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยมีผลลัพธ์ดังนี้



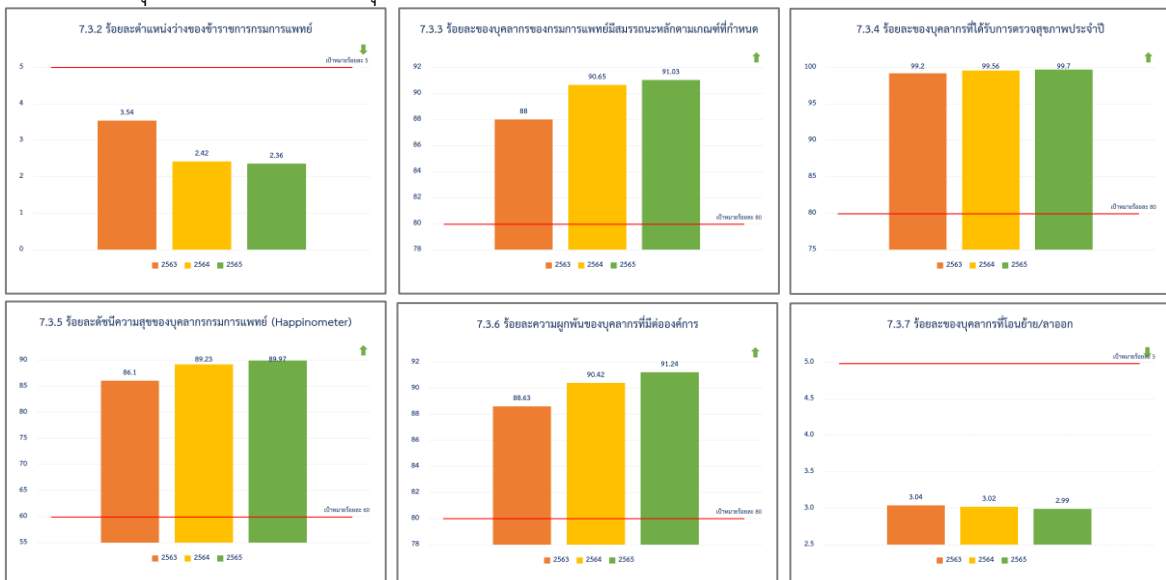
7.2 ผลลัพธ์ด้านการให้ความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

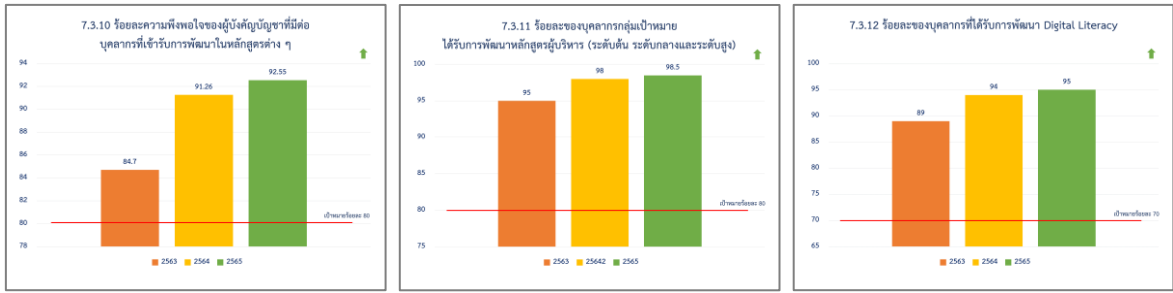
กรมการแพทย์ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้สามารถรับฟัง เรียนรู้ความต้องการความคาดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีผลลัพธ์ ดังนี้



7.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

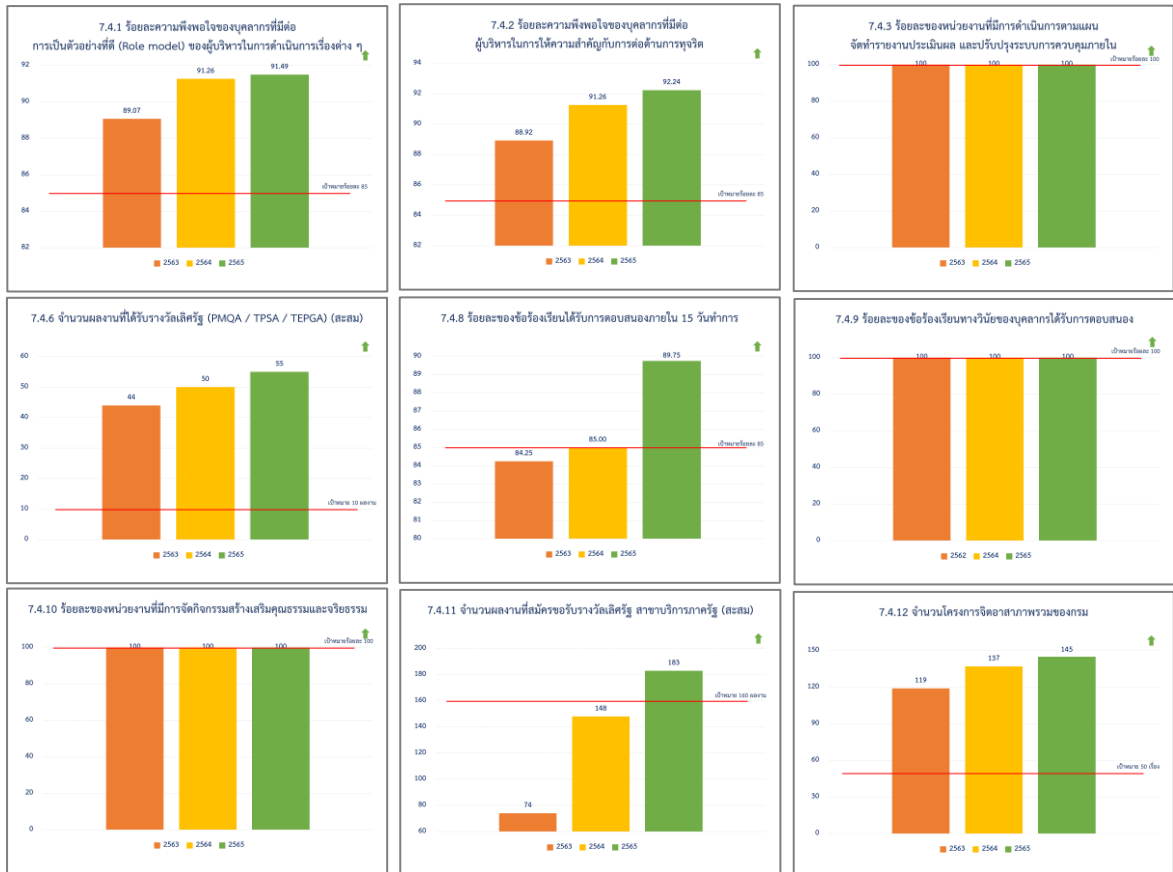
กรมการแพทย์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ถือว่าเป็นงานที่ทุกคนมีส่วนเกี่ยวข้องด้วยเสมอ โดยมีผลลัพธ์ ดังนี้





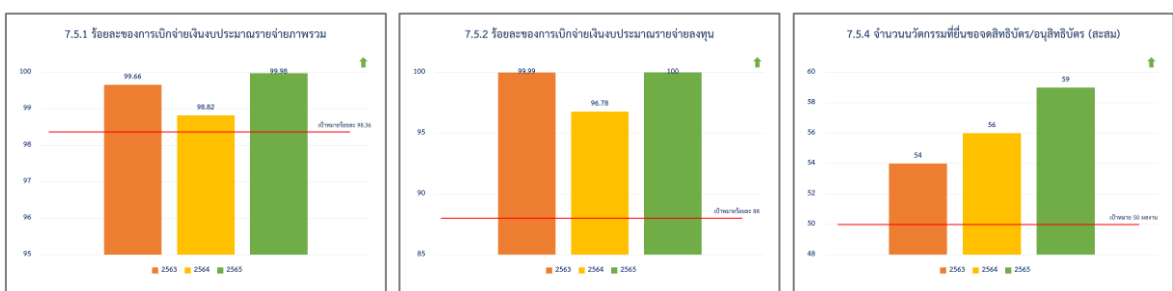
7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแล

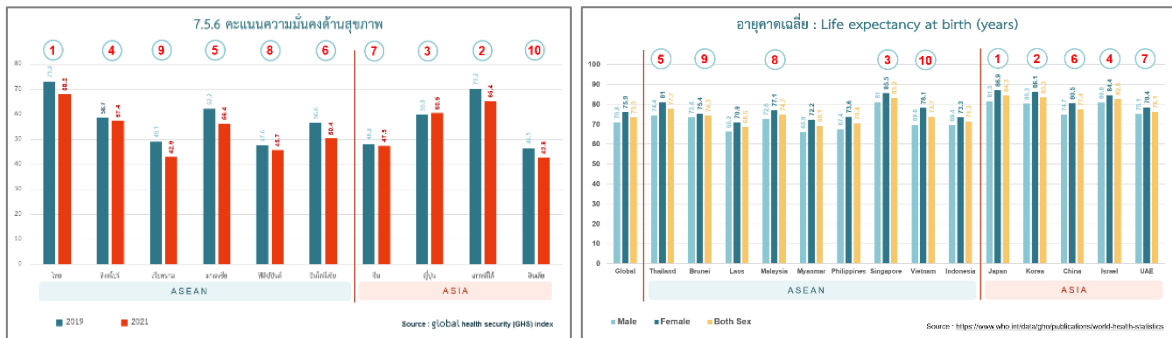
ผู้บริหารกรมเป็นผู้ที่ยึดมั่นในการดำเนินภารกิจอย่างมีธรรมาภิบาล ผ่านระบบการนำองค์การรวมทั้งวางระบบการกำกับดูแลองค์กรที่ดี เพื่อสร้างความเชื่อมั่นภาพลักษณ์ และสร้างความผาสุกให้กับสังคมและประเทศชาติต่อไป



7.5 ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ การเงิน และการเติบโต

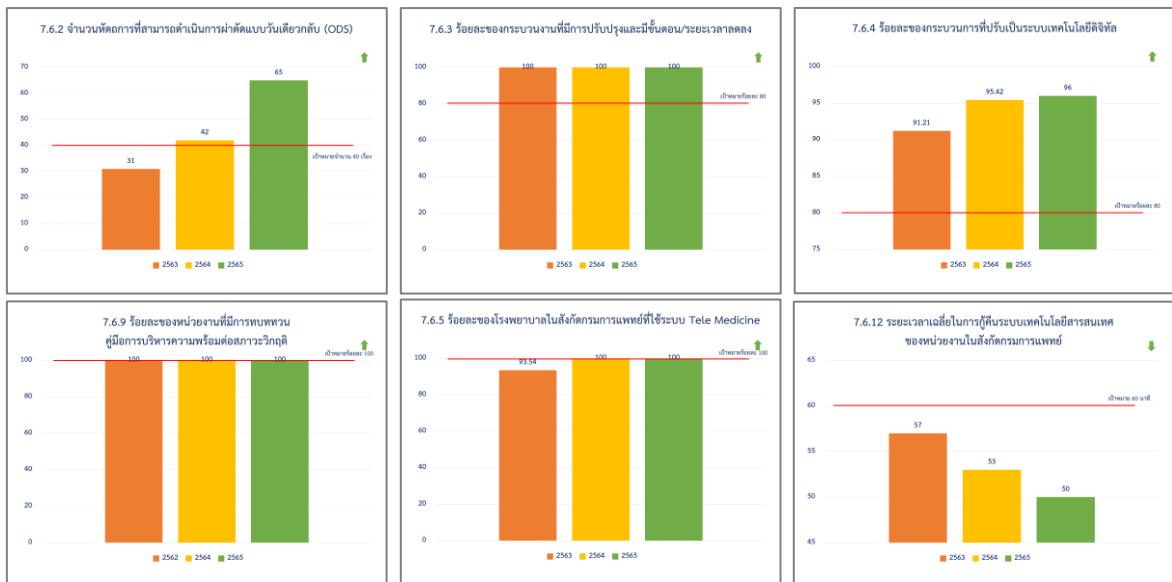
ผู้บริหารกรมได้ให้ความสำคัญกับการติดตามการใช้งบประมาณ โดยมีการรายงาน ผ่านประชุมกรมทุกเดือน ทั้งนี้เพื่อควบคุมกำกับค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผน และเกิดความคุ้มค่า





7.6 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการและการจัดการห่วงโซ่อุปทาน

กรมการแพทย์ได้ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดทั้งในกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุน และมีการติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)



อภิธานศัพท์

1. กลุ่มมะเร็ง 7+1 หมายถึง โรงพยาบาลมะเร็งในส่วนภูมิภาค 7 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. กลุ่มยาเสพติด 6+1 หมายถึง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาค 6 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี) และสถาบันบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. CR 5G DNA หมายถึง กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
4. การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ก่อนแล้ว และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่เข้ารับการรักษา หรืออยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง
5. การให้บริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal medical services) หมายถึง การพัฒนารูปแบบระบบบริการทางการแพทย์แบบใหม่ เพื่อให้บริการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19)
6. ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี
7. ดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Index: GHS) หมายถึง การประเมินความมั่นคงทางสุขภาพและศักยภาพของทั้งหมด 195 ประเทศ ในการเตรียมพร้อมรับมือกับการเกิดโรคระบาด (epidemics) และการระบาดใหญ่ (pandemics)
8. ดัชนีประสิทธิภาพทางสาธารณสุข (Health-Efficiency Index) หมายถึง การประเมินดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพระบบรักษาสุขภาพ จากอายุคาดเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายในด้านการแพทย์ของแต่ละประเทศ
9. มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในโรงพยาบาลทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่องในด้านมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การป้องกันและจัดการความเสี่ยง การทำงานเป็นทีม การนำองค์กรที่มีประสิทธิภาพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รับรองโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ.
10. ระบบ DMS e-ME คือ ระบบกำกับตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์
11. ระบบ DMS Health KPI Digital คือ ระบบบูรณาการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ
12. ระบบ eMENSQR (Electronic Monitoring and Evaluation System of National Strategy and Country Reform) คือ ระบบติดตามและประเมินผลแห่งชาติ
13. ระบบ E-PA คือ ระบบรายงานผลคำรับรองการปฏิบัติราชการอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
14. ระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) คือ ระบบทรัพยากรกรมการแพทย์
15. ระบบ MIS คือ ระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้บริหารกรมการแพทย์
16. ระบบ PBMS (Planning and Budget Management System) คือ ระบบการกำกับติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน/โครงการ และงบประมาณ ของกรมการแพทย์

17. ระบบ SMS (Strategic Management System) คือ ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
 18. ศูนย์การแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) หมายถึง การดูแลรักษา และการเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดและลดอัตราการเป็นซ้ำ บนพื้นฐานพันธุกรรมแต่ละบุคคล
 19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
 20. สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ
 21. ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินอย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน
 22. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือ หน่วยงานของรัฐที่มีการดำเนินงานเป็นอิสระจากส่วนกลาง ทำหน้าที่บริหารจัดการกิจการต่าง ๆ ในท้องถิ่นของตน
 23. องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เป็นทบวงการชำนัญพิเศษของสหประชาชาติ ซึ่งรับผิดชอบการประสานงานด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ
 24. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) หมายถึง การมีชีวิตยืนยาวร่วมกับการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี
 25. AAR (After Action Review) การทบทวนหลังปฏิบัติงาน หมายถึง เทคนิค/วิธีการ/ขั้นตอนหนึ่งในการทำงานที่ใช้ในการทบทวนวิธีการทำงาน ทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน เพื่อปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยคงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว และแก้ปัญหาคือที่เคยเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ รวมทั้งมีการบันทึก/ถอดบทเรียนที่ได้รับเพื่อใช้เป็นข้อมูล/ความรู้ในการทำงานครั้งต่อไป
 26. Burden of Disease หมายถึง เครื่องชี้วัดภาระโรคที่แสดงด้วยจำนวนปีสมบูรณ์ที่ปรับด้วยความพิการ (DALYs: Disability-Adjusted Life Years) อันประกอบด้วยสองส่วนด้วยกัน คือ จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs: Years of Life Lost) และจำนวนปีที่อยู่ด้วยความพิการ (YLDs: Years Lost due to Disability)
 27. Central Division หมายถึง หน่วยงานสนับสนุนที่ตั้งอยู่ภายในส่วนกลางกรมการแพทย์ จำนวน 11 หน่วยงาน
 28. Center of Excellence (CoE 15 ด้าน) หมายถึง ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์จำนวน 15 ด้าน ตามกฎกระทรวง ได้แก่ ด้านอชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม ด้านจักษุวิทยา ด้านโสต ศอ นาสิก ด้านข้อและกระดูก ด้านพระภิกษุและสามเณร ด้านทันตกรรม ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ด้านระบบประสาท ด้านพยาธิวิทยา ด้านโรคมะเร็ง ด้านโรคทรวงอก ด้านโรคผิวหนัง ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านโรคเด็ก
-

29. Chronic Care Model หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 30. CoE 7 Component หมายถึง แนวทางการพัฒนาความเป็นเลิศของโรงพยาบาล/สถาบันสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Center of Excellence) ให้มีความครอบคลุม 7 องค์ประกอบ คือ 1. การบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า (Super Tertiary Care) 2. การรับส่งต่อ (Referral Center) 3. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Center) 4. การพัฒนาบุคลากร (Training Center) 5. การเป็นศูนย์อ้างอิงวิชาการแพทย์ (Reference Center) 6. การเป็นองค์กรระดับชาติและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย (National Body and Policy Advocacy) 7. การมีเครือข่ายวิชาการ (Networking)
 31. Comprehensive Approach หมายถึง ระบบการดูแลอย่างครบวงจร
 32. Community Isolation (CI) หมายถึง การกักตัวในชุมชนสำหรับผู้ป่วย COVID-19
 33. Disaster Recovery Site (DR-Site) หมายถึง การทำระบบสำรองและกู้คืนข้อมูลในกรณีที่เกิดความเสียหาย เพื่อให้ใช้ข้อมูลที่สำรองไว้มาทำงานต่อได้ทันที
 34. DMS Co- Creation หมายถึง กรมการแพทย์ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ร่วมค้นหาปัญหา ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านวิชาการและบริการระหว่างกรมการแพทย์กับเขตสุขภาพในพื้นที่ (เขตสุขภาพที่ 1 – 12 และเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร)
 35. DMS ECOSYSTEM หมายถึง ระบบนิเวศกรมการแพทย์ การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีที่ทันสมัย และการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 36. DMS The Best of The Best หมายถึง การพัฒนาความเป็นเลิศของกรมการแพทย์
 37. DMS The Best for The Most หมายถึง การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายความเชี่ยวชาญของกรมการแพทย์สู่เขตสุขภาพก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนทั่วประเทศ
 38. DMS 4 Reforms หมายถึง การปฏิรูปกรมการแพทย์ 4 ด้าน ได้แก่ 1. Agenda Reform 2. Area Reform 3. Function Reform 4. System Reform
 39. HAPPY DMS คือ กรมการแพทย์เป็นองค์กรแห่งความสุข
 40. Home Chemotherapy คือ การบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน
 41. Home Isolation (HI) หมายถึง การแยกกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วย COVID-19
 42. Hospital Based to Personal Based หมายถึง การเปลี่ยนจากผู้ป่วยจะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเป็นการดูแลรับบริการสุขภาพได้ที่บ้าน แต่ยังสามารถมีสุขภาพที่ดีได้
 43. Hospitel มาจากคำว่า Hospital บวกกับ Hotel คือ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่รุนแรง โดยปรับเปลี่ยนโรงแรมให้เป็นพื้นที่เฝ้าระวังอาการ
 44. JCI (Joint Commission International) คือ การประเมินรับรองสถานพยาบาล มุ่งเน้นคุณภาพการให้บริการที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากลและตรวจสอบได้ และความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดย JCI อยู่ในการกำกับดูแลของ The Joint Commission ซึ่งเป็นสถาบันของสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล
 45. Medical Technology Seeking หมายถึง การนำเอาเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านการแพทย์ให้กับผู้ป่วย
-

46. MOPHDMS หมายถึง ค่านิยมกรมการแพทย์ 7 ข้อ ได้แก่

M : Mastery เป็นนายตนเอง

O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P : People Centered ใส่ใจประชาชน

H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

D : Determination For The Nation พร้อมนำระดับชาติ

M : Moving Together สามารถไปด้วยกัน

S : Specialist มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ

47. National Reference Center หมายถึง การเป็นศูนย์อ้างอิงข้อมูลระดับชาติ

48. NCDs (Non-communicable diseases) หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย

49. New normal medical services หมายถึง การให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน 3 ประเด็น คือ 1. ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (2P Safety) 2. การลดความแออัด 3. เพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม

50. Outpatient with Self Isolation หมายถึง การรักษาผู้ป่วย COVID-19 แบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง

51. Precision Medicine หมายถึง การรักษาแบบแม่นยำและจำเพาะ โดยอาศัยข้อมูลทางพันธุกรรม (genetics) หรือข้อมูลในระดับโมเลกุลของบุคคลนั้น ๆ รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ เพื่อมาใช้ในการตรวจวินิจฉัย การเลือกรูปแบบการรักษา การเลือกใช้ยา รวมถึงการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ที่ตรงจุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

52. R2R (Routine to Research) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ผลลัพธ์ของ R2R ไม่ได้มุ่งหวังเพียงแค่ได้ผลงานวิจัยเท่านั้น แต่มีเป้าหมายที่จะนำผลงานวิจัย R2R ไปใช้พัฒนางานประจำ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. โจทย์วิจัย R2R : ต้องมาจากปัญหาหน้างานจากงานประจำที่ทำกันอยู่และต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น
2. ผู้วิจัย : ต้องเป็นผู้ทำงานประจำนั่นเอง และต้องทำหน้าที่หลักในการวิจัยด้วย
3. ผลลัพธ์ของงานวิจัย : ต้องวัดผลได้จากตัวผู้รับบริการจากเรา หรือผู้ป่วยโดยตรง เช่น ด้านการทำงานบริการจะช่วยลดขั้นตอนการทำงาน การบริการดีขึ้น, แก้ปัญหาภาระงานที่ทำอยู่ได้ ส่วนด้านการดูแลผู้ป่วย ผลการรักษาจะดีขึ้น, ภาวะแทรกซ้อนหรือระยะเวลาในการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลลดลง เป็นต้น
4. การนำผลการวิจัยไปใช้ : สามารถนำไปปรับปรุงการทำงานและการบริการให้ดีขึ้นในบริบทของแต่ละองค์กร

53. Seamless Comprehensive Health Care หมายถึง ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ

54. SDGs (Sustainable Development Goals) หมายถึง การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

55. Service Plan หมายถึง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 1 – 12 และเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

56. Service System Mapping หมายถึง การวางระบบสุขภาพ

57. Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
 58. Telemedicine คือ การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบออนไลน์
 59. THE ONE Program หมายถึง โปรแกรมที่ใช้บริหารจัดการคิวในการตรวจทางรังสีวินิจฉัย และการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 60. THM : Thursday Meeting หมายถึง การประชุมประจำทุก 2 สัปดาห์ ในวันพฤหัสบดีของผู้บริหารและผู้อำนวยการของหน่วยงานสนับสนุนที่ตั้งอยู่ภายในส่วนกลาง กรมการแพทย์
 61. UHOSNET คือ เครือข่ายโรงพยาบาลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
 62. Universal precautions หมายถึง การระมัดระวังป้องกันตนเองของบุคลากรทุกคนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเลือด และสารน้ำจากร่างกาย (blood and body fluids) ของผู้ป่วยทุกรายเหมือนกัน โดยไม่ต้องมีการตรวจเลือดผู้ป่วยว่าติดเชื้อหรือไม่
 63. Value Based Medical Services หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ มีคุณค่าต่อประชาชน
 64. World-Class Medical Hub หมายถึง ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับโลก
-