



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สมุทรปราการ ๐ ๗๗๓๕ ๕๓๐๑-๖

ที่ สธ ๐๖๑๕.๐๒/ ๐๐๐๖๕

วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๘ รอบ ๑๒ เดือน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สุราษฎร์ธานี (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ)

เรื่องเดิม

ตามที่กลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และได้จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๘ แล้วนั้น

ข้อพิจารณา

ในการนี้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ ขอรายงานสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ รอบ ๑๒ เดือน และขอนำรายงานดังกล่าวขึ้นเผยแพร่หน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

กนก ๐๖

(นางสาวศิวนาถ สำเภา)

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

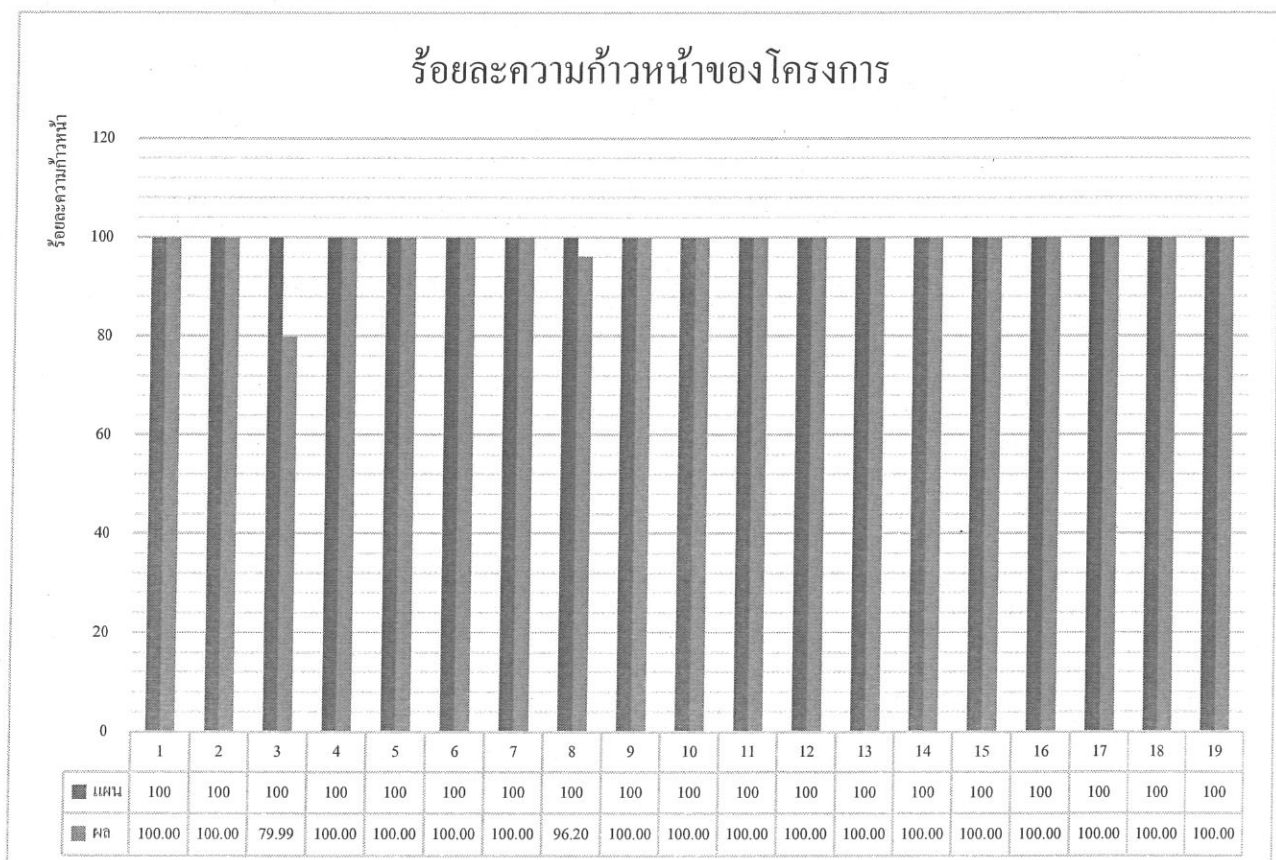
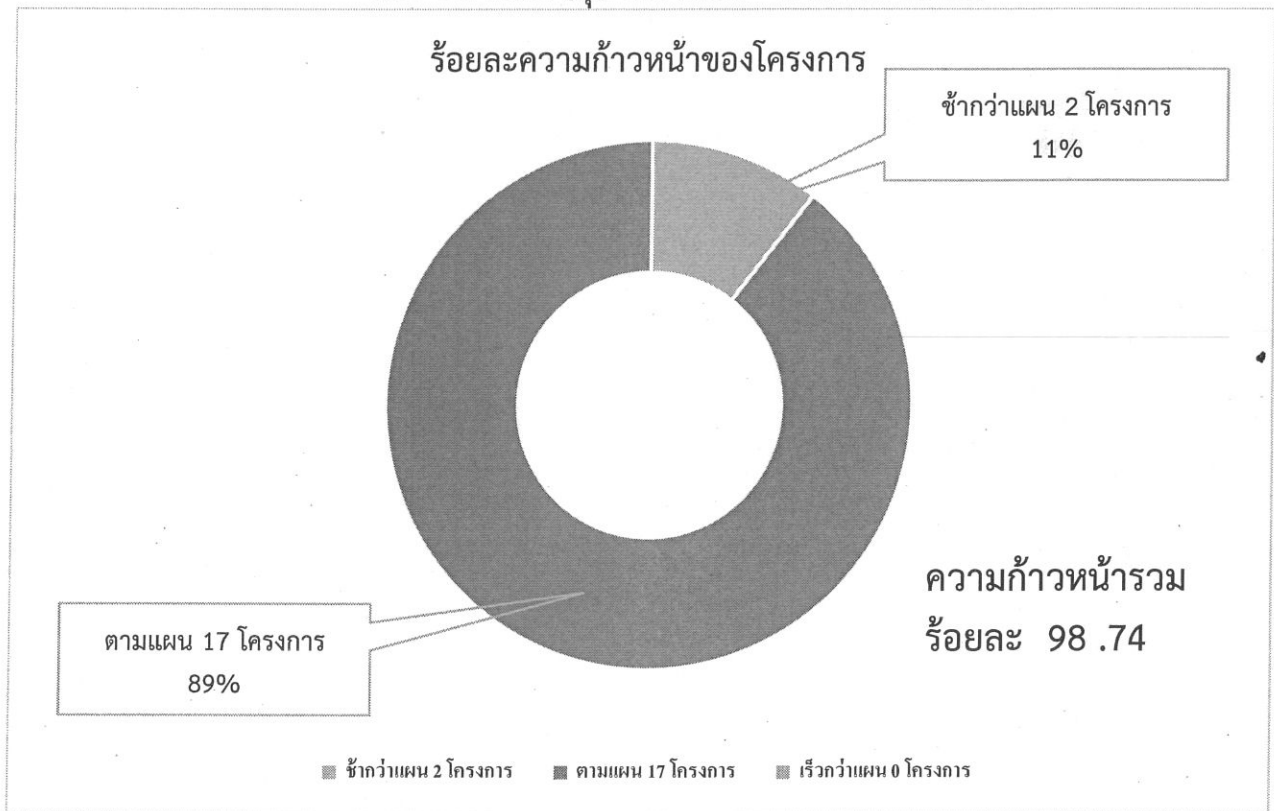
๒๖ ก.ย. ๖๘

๒๖ ก.ย. ๖๘

๒๖ ก.ย. ๖๘

๒๖ ก.ย. ๖๘

สรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี
รอบ 12 เดือน (ตุลาคม 2567 - กันยายน 2568)



หมายเหตุ โครงการเรียงลำดับตามเอกสารแนบ

รายละเอียดโครงการตามแผน

ลำดับ	ชื่อโครงการ	ความก้าวหน้า	
		แผน	ผล
1	โครงการธำรงรักษาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการและระบบบริหารคุณภาพของศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี	100.00	100.00
2	โครงการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	100.00	100.00
3	โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยวิธี HPV-DNA Test แบบแยก 14 สาย พันธุ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	100.00	77.06
4	โครงการพัฒนาดันแบบชุดทดสอบฮิสตามีนในผลิตภัณฑ์แปรรูปจากปลาทะเล	100.00	100.00
5	โครงการการตรวจวิเคราะห์ของกลางและปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ	100.00	100.00
6	โครงการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานการตรวจสอบเสถียรภาพในปัสสาวะระดับปฐมภูมิ	100.00	100.00
7	โครงการพัฒนาวิธีวิเคราะห์ปริมาณสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะโดยเทคนิค LC-MS	100.00	100.00
8	โครงการพัฒนาวิธีตรวจเชื้อ Legionella spp. ด้วยเทคนิค Real-Time PCR	100.00	96.20
9	โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการรังสี วินิจฉัย	100.00	100.00
10	โครงการจัดทำค่าปริมาณรังสีอ้างอิงจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Diagnostic Reference Levels for Computed Tomography)	100.00	100.00
11	โครงการสำรวจและเฝ้าระวังคุณภาพ ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัลทรงอก ห้องปฏิบัติการ วินิจฉัย เขตสุขภาพที่ 7,8 และ 11	100.00	100.00
12	โครงการเฝ้าระวังการปนเปื้อน Norovirus และ Legionella spp. ในน้ำอุปโภคบริโภค ของโรงแรมในจังหวัดท่องเที่ยวประเทศไทย	100.00	100.00
13	โครงการพัฒนา อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2568	100.00	100.00
14	โครงการพัฒนาศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2568	100.00	100.00
15	โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยจากสมุนไพรที่ผลิตโดยโรงพยาบาลของรัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	100.00	100.00
16	โครงการพัฒนาเครือข่ายวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ด้าน OTOP/SME เครื่องสำอาง ผสมสมุนไพร ปี 2568	100.00	100.00
17	โครงการพัฒนาเครือข่ายวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนประจำปี พ.ศ. 2568 OTOP/SME อาหาร	100.00	100.00
18	โครงการส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรในท้องถิ่น (One Herb One Province)	100.00	100.00
19	การตรวจ NAT2 diplotype ด้วยเทคนิค Real-time PCR เพื่อใช้ประกอบการปรับระดับ ยาต้าน วัณโรค Isoniazid	100.00	100.00
ร้อยละความก้าวหน้ารวม		98.74	



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ การศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สภุมรินทร์ ๐ ๗๗๓๕ ๕๓๐๑-๖
ที่ สธ ๐๖๑๕.๐๒/๐๐๐ ๖๓ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานการประชุมสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปี
งบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๘ รอบ ๑๒ เดือน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๑ สุราษฎร์ธานี

เรื่องเดิม

ตามที่กลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ ได้จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และ
คำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๘ รอบ ๑๒ เมื่อวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๘ ณ ห้อง
ประชุมชั้น ๓ อาคารอำนวยการ นั้น

ข้อพิจารณา

ในการนี้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ ได้จัดทำสรุปรายงานการประชุมดังกล่าว รายละเอียด
ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางสาวเชมิกา เหมโลหะ)

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ

ศิริเวทย์กุลบุตร

๒๕ ก.ย. ๒๕๖๘

๒๕ ก.ย. ๒๕๖๘

รายงานการประชุมสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติการประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2568 (รอบ 12 เดือน)

วันที่ 11 กันยายน 2568

ณ ห้องประชุม ชั้น 3 อาคารอำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

รายชื่อผู้มาประชุม

- | | | |
|-----|------------------------------|---|
| 1. | นางสาวจิราภรณ์ เพชรรักษ์ | ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี |
| 2. | นางฉราวดี สมภักดี | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องปฏิบัติการพิษวิทยา |
| 3. | นางสาวเขมิกา เหมโลหะ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ |
| 4. | นายพงษ์ธร ทองบุญ | เภสัชกรชำนาญการ หัวหน้าห้องปฏิบัติการยา |
| 5. | นางสาวนิรันดร์ แร่กาสินธุ์ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าห้องปฏิบัติการอาหาร |
| 6. | นางสาวสุภาภรณ์ ไสบุญ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ ผู้จัดการคุณภาพ |
| 7. | นางพัทธนันท์ ธนพัฒน์สิริกุล | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก |
| 8. | นายปติย์ ธาราไพศาล | เภสัชกรชำนาญการ |
| 9. | นางแฉล้ม ชนะคช | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 10. | นางสาวกฤษณี เรืองสมบัติ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 11. | นางสาวศิวนาถ สำเภา | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 12. | นายจิรพงษ์ อติชาติ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 13. | นางสาววรีรัตน์ หิรัญยุตติกุล | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 14. | นางสาวนิธิดา แยมเนตร | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ |
| 15. | นางสาวธัญมณ พัทธภูมิ | เภสัชกรปฏิบัติการ |
| 16. | นางสาวพวงพัทตร์ พรหมรังสี | นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ |
| 17. | นางสาวดวงหทัย พิกุลจิตติชนก | นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ |
| 18. | นางสาวเสาวลักษณ์ รักชัยศ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 19. | นางสาวธารทิพย์ รักชูชื่น | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 20. | นางสาวจรรยา บุญวิจิตร | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 21. | นางสาวปวีณา อนุกุล | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 22. | นายณัฐภูมิ เหนียดบุตร | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 23. | นางสาวอังคณา ณรงฤทธิ์ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 24. | นางสาวศศิธร เข้มมะลวน | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 25. | นางสาวภณิดา เกื้อสุวรรณ | นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติการ |
| 26. | นางสาวอริยาภรณ์ พัฒนสิงห์ | เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน |

27.	นางสาวอุมาพร ธราพร	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
28.	นางสาวปณณพัทธ์ ช่วยชู	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
29.	นางยุภาวลักษณ์ จรูญพงษ์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
30.	นายสุพิสิฐ วงศ์พุทธิสิน	นักวิชาการคอมพิวเตอร์
31.	นางสาวนริศรา ศิริเรือง	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
32.	นางสาวเรณูการ์ รักษาเพชร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
33.	นางสาวธนภรณ์ เจริญจิตร	นักวิชาการพัสดุ
34.	นางสาวภัททิรา สมักรพงษ์	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
35.	นายจักรพงษ์ รักทอง	นักฟิสิกส์รังสี
36.	นางสาวอุมาพร บุญล้ำ	นักจัดการงานทั่วไป
37.	นางสาวเอี่ยมศิริ หนูเหมือน	เจ้าพนักงานธุรการ
38.	นางณัฐรดา ศรีขวัญ	นักจัดการงานทั่วไป
39.	นางราศรี อุ่นสำราญ	พนักงานประจำห้องทดลอง
40.	นางสาวมยุรี ท่าแก้ว	พนักงานประจำห้องทดลอง
41.	นางสาววรรณวิสา พรหมแก้ว	พนักงานประจำห้องทดลอง
42.	นางสาวนิโลบล พงษ์เกา	พนักงานประจำห้องทดลอง
43.	นางสาวลัดดาพร ครองนุช	พนักงานบริการ
44.	นายเดชานันท์ เขาทอง	นายช่างไฟฟ้า
45.	นางกฤษณา สิงคิวิบูลย์	เจ้าพนักงานธุรการ

เริ่มประชุม เวลา 08.30 น.

วาระที่ 1 ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นางสาวจิราภรณ์ เพชรรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี เป็นประธานการประชุม กล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุมสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รอบ 12 เดือนพร้อมถอดบทเรียนของการทำงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยเปรียบเทียบจำนวนรายรับและรายจ่ายของหน่วยงานระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กับ พ.ศ. 2568 เพื่อให้บุคลากรทุกท่านทราบถึงสถานะทางการเงินรายจ่ายและรายรับของหน่วยงาน (เอกสารแนบ 1) และทั้งถอดบทเรียนความท้าทายทั้ง 5 ด้าน คือ

1. ความท้าทายนโยบายผู้บริหารที่มุ่งเน้นการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยหน่วยงานมีภาคีเครือข่ายจากการดำเนินงานโครงการ อื่นๆมาเป็นเวลานาน เช่น วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และรังสีวินิจฉัย เครือข่ายยาเสพติด เป็นต้น แต่ผลการดำเนินงานในระดับปฐมภูมียังไม่ได้ตามเป้าหมาย/ไม่ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบเนื่องจากบุคลากรที่รับผิดชอบยังไม่มีทัศนคติในเรื่องการประสานงานกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ได้ดำเนินการในงบประมาณ พ.ศ. 2568 คือ ได้มีการเร่งรัดการประสานงานกับภาคีเครือข่าย 10 ทิศ (HPV/NAT2/ยาเสพติด) และยังมีการใช้ระบบสารสนเทศช่วยสื่อสาร/การปฏิบัติงาน (zoom)

2. ความท้าทายการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิไปสังกัด อปท. โดยหน่วยงานมีภาคีเครือข่ายจากการดำเนินงานโครงการ อื่นๆมาเป็นเวลานาน เช่น วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และ

รังสีวินิจฉัย เครือข่ายยาเสพติด เป็นต้น แต่ผลการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิยังไม่ได้ตามเป้าหมาย/ไม่ครอบคลุมพื้นที่
รับผิดชอบเนื่องจากบุคลากรที่รับผิดชอบยังไม่มี ความถนัดในเรื่องการประสานงานกับ อปท.แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ได้
ดำเนินการในปงบประมาณ พ.ศ. 2568 คือ ได้มีคัดเลือกพื้นที่/ลำดับความสำคัญ กับหน่วย อปท.ที่เคยทำงานร่วมกัน
เช่น เทศบาล เป็นต้น และได้มีการขยายผล/ขยายพื้นที่

3. ความท้าทายความต้องการบูรณาการงานกับหน่วยงานในเขตสุขภาพอย่างเข้มข้น โดยหน่วยงานได้มีการบูรณา
การงานของกรมฯ กับพื้นที่ แต่ขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินงานมีความแตกต่างกันในแต่ละงาน ซึ่งผู้บริหารเขตสุขภาพ
(ผู้ตรวจ)ให้ความสำคัญกับงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในพื้นที่ด้วย แต่การประสานงานเพื่อสื่อสารโครงการที่จะ
ดำเนินการในพื้นที่จะต้องสื่อสารทำความเข้าใจก่อนดำเนินการ และต้องให้ทันเวลา ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
หน่วยงานได้ร่วมประชุมทำความเข้าใจกับพื้นที่ และนำข้อตกลง ความต้องการมาปรับเปลี่ยนในการสื่อสารโครงการในปี
2569

4. ความท้าทายที่ตั้งของหน่วยงานเป็นพื้นที่มุ่งเน้นนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพโดยผู้บริหารกรมและเขตสุขภาพ
(ผู้ตรวจ)ให้ความสำคัญกับงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในพื้นที่ แต่การขยายงานยังไม่ครอบคลุมการสนับสนุน
นโยบายเศรษฐกิจสุขภาพและวิธีการทำงานยังเป็นแบบเดิมๆ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้เพิ่มเป้าหมายการทำงาน
และปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพของงาน และยังมีโครงการที่สนับสนุนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ

5. ความท้าทายบุคลากรมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลง เนื่องจากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 บุคลากรมีการ
เปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก บุคลากรใหม่ที่เข้ายังไม่เข้าใจระบบของหน่วยงาน จึงทำให้การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมยัง
ทำได้น้อย แต่อย่างไรก็ตาม หน่วยงานเน้นการสอนงาน มอบหมายงาน และมีการติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการทำงานให้บุคลากร

ผู้อำนวยการศูนย์ฯได้สื่อสารนโยบายการดำเนินงานของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 พร้อมมอบแนวทางการ
ดำเนินงาน ดังนี้

- การเพิ่มโครงการวิจัยและนวัตกรรมที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
- การเพิ่มจำนวนผลงานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์
- เพิ่มคุณภาพของผลงานวิชาการที่ได้รับรางวัล
- เตรียมความพร้อมก่อสร้างอาคารปฏิบัติการ อาคารที่พักเจ้าหน้าที่
- ดำเนินการจัดจ้างก่อสร้างบ้านพัก ผอ.

และนอกจากนี้ผู้อำนวยการศูนย์ฯ ได้สื่อสาร วิสัยทัศน์แผนกลยุทธ์องค์กร และค่านิยมองค์กร ตามเอกสารแนบ 2

มติ	รับทราบ
วาระที่ 2	รับรองรายงานการประชุม จัดทำสรุปรายงานการประชุม เสนอผู้บริหารเพื่อสื่อสาร เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2568 และวางเอกสาร สื่อสารในตู้เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ รายการการประชุม ในระบบ Intranet
มติ	รับรองรายงานการประชุม
วาระที่ 3	เรื่องสืบเนื่อง ไม่มี

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

ไม่มี

วาระที่ 5 เรื่องเพื่อทราบ

วาระที่ 5.1 สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการและคำรับรองการปฏิบัติราชการภาพรวมของหน่วยงาน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดย หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการ

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ นำเสนอผลการดำเนินงานภาพรวมของศูนย์ฯ ด้าน

ตามแผนปฏิบัติการ มีความก้าวหน้าร้อยละเฉลี่ย 92.62 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 ส.ค. 68) โดยมีโครงการที่เร็วกว่าแผน 6 โครงการ โครงการที่ตามแผน 2 โครงการ และโครงการที่ช้ากว่าแผน 11 โครงการ

สิ่งที่พบจากการติดตามผลการดำเนินงาน

1. การรายงานผลการดำเนินงานตามกิจกรรม พิจารณาระยะเวลาตามแผนที่กำหนดไว้ด้วย
2. การรายงานปัญหา/อุปสรรค ของโครงการ (ดำเนินการล่าช้ากว่าแผนแต่ไม่รายงานปัญหาอุปสรรค)
3. ความเสี่ยงในการดำเนินแผนงานโครงการล่าช้า/ไม่สำเร็จ

ตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ตัวชี้วัดคำรับรองมีทั้งหมด 13 ตัว โดยระดับความสำเร็จ รอบ 11

เดือน มีคะแนนถ่วงน้ำหนัก 4.2216

สิ่งที่พบจากการติดตามผลการดำเนินงาน

1. การรายงานผล (รายละเอียดการรายงาน ผลงาน หลักฐาน)
2. การบรรยายผลงานต้องสัมพันธ์กับหลักฐาน /รายงานสะสมเพิ่มเติม
3. การรายงานตามเกณฑ์การให้คะแนน

ข้อเสนอแนะสำหรับรายงานตัวชี้วัดคำรับรอง

ศึกษาคู่มือ KPI Template (รายละเอียดตัวชี้วัด) เกณฑ์การให้คะแนน แนวทางการประเมิน และหลักฐาน

ประกอบการประเมิน

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการแจ้งกำหนดการจัดทำแผนงานโครงการปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ดังนี้

1. เดือนพฤษภาคม ทบทวนแผนงานโครงการปี 2569 ตามแบบฟอร์ม 0604 FM 0010 R03
2. เดือนกรกฎาคม จัดทำแผนงานโครงการปี 2569 วางไฟล์ใน \\Surat-SV2\M_Report_Data\5. แผนปฏิบัติการ
แผน\แผนปฏิบัติการ 2569\1. แผนงานโครงการปี 2569
3. เดือนกรกฎาคม ส่งแผนงานโครงการให้ กพว.ตรวจสอบ/แก้ไข/รวบรวมส่งกองแผน
4. เดือนสิงหาคมถึงกันยายน กองแผนรวบรวมโครงการปี 2569 เสนอผู้บริหารและคณะกรรมการระดับกรมฯ
พิจารณา
5. เดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน แก้ไข/จัดทำแผนงานโครงการและกรอบวงเงินที่ได้รับเพื่อเสนอผู้บริหารลงนาม
อนุมัติโครงการ
6. เดือนธันวาคมถึงมกราคม จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการแจ้งกำหนดการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ดังนี้

1. แบบฟอร์ม/ช่องทางการรายงาน รายงานตามแบบฟอร์มรายงานผลโครงการ 0600 FM 0011 วางไฟล์รายงานใน \\Surat-SV2\M_Report_Data\1 รายงานผลปฏิบัติงาน\2569\2 ความก้าวหน้าโครงการ\โครงการสำคัญ
2. กำหนดการรายงาน รายงานความก้าวหน้าแผนงานโครงการภายในวันที่ 18 ของทุกเดือน (กรณีติดวันเสาร์-อาทิตย์ ให้ก่อนล่วงหน้า)
3. กำกับติดตาม กพว.สรุปรายงานร้อยละความก้าวหน้าโครงการ แจ้งผู้บริหารและหัวหน้าห้องปฏิบัติการทุกเดือน
4. การประเมินผล กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน เพื่อแก้ไขปรับปรุง

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการแจ้งโครงการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ตามประเภทของโครงการดังนี้
โครงการวิจัยและนวัตกรรม

1. โครงการ การพัฒนาวัสดุกำบังรังสีเอกซ์จากคอมโพสิตเรซินผสมกับแคลเซียมซัลเฟตและแบเรียมซัลเฟต (ปี 2568 – 2570) งบประมาณ 885,500 บาท

โครงการตามนโยบาย

1. โครงการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 งบประมาณ 16,500,000 บาท
2. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยวิธี HPV DNA Test แบบแยก 14 สายพันธุ์ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2569 งบประมาณ 3,000,000 บาท

โครงการขับเคลื่อน

1. โครงการควบคุมคุณภาพเครื่องอัลตราซาวด์ งบประมาณ 120,000 บาท
2. โครงการพัฒนาวัสดุกำบังรังสีเอกซ์จากคอมโพสิตเรซินผสมกับแคลเซียมซัลเฟตและแบเรียมซัลเฟต งบประมาณ 100,000 บาท
3. โครงการพัฒนาขีดความสามารถการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนในอาหาร (สารกลุ่มไบโอจีนิกเอมีน, โลหะ, สี BY2, สารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสในอาหาร) งบประมาณ 638,000 บาท
4. โครงการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการตรวจคุณภาพน้ำเสียและน้ำทิ้ง งบประมาณ 200,000 บาท
5. โครงการทดสอบความชำนาญสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2569 งบประมาณ 100,000 บาท

โครงการขับเคลื่อน (บูรณาการ)

1. โครงการส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรในท้องถิ่น.: One Herb One Province ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ศวก.สุราษฎร์ธานี)
2. โครงการเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อในโรงแรม (ศูนย์เจ้าภาพ ศวก.ชลบุรี)
3. โครงการ OTOP อาหาร (ศูนย์เจ้าภาพ ศวก.ขอนแก่น)

4. โครงการ OTOP เครื่องสำอาง (ศูนย์ฯเจ้าภาพ ศวก.อุบลฯ)
5. โครงการพัฒนา อสม. (ศูนย์ฯเจ้าภาพ ศวก.พิษณุโลก)
6. โครงการพัฒนาศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (ศูนย์ฯเจ้าภาพ ศวก.พิษณุโลก)
7. โครงการพัฒนาสมุนไพรในโรงพยาบาล (ศูนย์ฯเจ้าภาพ ศวก.สงขลา)
8. โครงการพัฒนาห้องปฏิบัติการ รพร. และห้องปฏิบัติการเครือข่าย (ศูนย์ฯเจ้าภาพ ศวก.เชียงใหม่)
9. โครงการสำรวจค่าปริมาณรังสีอ้างอิง (ศูนย์ฯเจ้าภาพ สำนักรังสีฯ)

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพและวิชาการแจ้งงบประมาณของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ที่หน่วยงานได้รับจัดสรร ดังนี้

1. เครื่องแก๊สโครมาโทกราฟ (Gas Chromatograph, GC) วงเงิน 5,500,000 บาท
2. เครื่องไอออนโครมาโทกราฟชนิดแรงดันสูง (Ion Chromatograph, High Pressure Pump) วงเงิน 4,900,000 บาท
3. บ้านพักข้าราชการระดับ 9 พร้อมครุภัณฑ์ประกอบแบบ วงเงิน 2,816,000 บาท

วาระที่ 5.2 นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการและคำรับรองประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะ

ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
1. โครงการเฝ้าระวังและตรวจสอบชนิดของสารเสพติดที่ใช้ในพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา/ ห้องปฏิบัติการยา	ร้อยละ 100	1. จำนวนตัวอย่างสารเสพติดที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์ ร้อยละผลสำเร็จ 112.86 2. จำนวนองค์ความรู้ด้านยาเสพติด ร้อยละผลสำเร็จ 100	-	-	การรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานต้องไม่เกินร้อยละ 100 แต่ตัวชี้วัดสามารถรายงานผลสำเร็จได้เกินร้อยละ 100
2. พัฒนาศักยภาพศูนย์คัดกรองยาเสพติดในปัสสาวะ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี และ นครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา	ร้อยละ 100	1. จำนวนศูนย์คัดกรองยาเสพติดต้นแบบระดับปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามข้อกำหนดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร้อยละผลสำเร็จ 165	1.มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองยาเสพติดในระดับปฐมภูมิ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง แก้ไขโดย สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผ่านระบบ e-learning และ ศูนย์คัดกรองยาเสพติดควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ปฏิบัติงานสำรอง กรณีผู้ปฏิบัติงานหลักไม่สามารถปฏิบัติงานได้ หรือเกิดการโยกย้าย 2.เกณฑ์การประเมินของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่ชัดเจนทำให้ศูนย์คัดกรองไม่เข้าใจหลักฐานบางข้อที่	-	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
3. โครงการพัฒนาวิธียุติการให้ปริมาณสารเมทาบอไมด์ในปัสสาวะโดยเทคนิค LC-MS	ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา	ร้อยละ 100	1. จำนวนตัวอย่างปัสสาวะที่ได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ร้อยละผลสำเร็จ 100	นำมาใช้ในการประเมิน แก้ไขโดย แจ้งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบโครงการของสำนักยาและวัตถุเสพติดทราบ เพื่อกำหนดขอบเขตในการได้รับการประเมินเป็นศูนย์ศัตร้องยาเสพติดต้นแบบ 3.กรณีวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการตรวจประเมิน เช่น 3 ปีครึ่ง หรือครึ่งเดียวตลอดชีพ	-	กรณีมีความประสงค์จะพัฒนาวิธียุติการให้โดยเครื่องมือที่ไม่ได้ใช้งานประจำ ควรมีแผนพัฒนาบุคลากรด้านการใช้เครื่องมือใหม่ๆ ในระยะเวลาดังนี้ ก่อนจะพัฒนาวิธียุติการให้

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
4. โครงการพัฒนา อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ห้องปฏิบัติการยา	ร้อยละ 100	1. จำนวน อสม. ผ่านการประเมิน เป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชน ร้อยละผลสำเร็จ 1220 2. จำนวนอำเภอที่มี อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชน ร้อยละผลสำเร็จ 100 3. จำนวนตำบลที่มี อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชุมชน ร้อยละผลสำเร็จ 102.6	1. ระบบกรรณวิทย์ with you ยังไม่สะดวกในการใช้งาน ควรอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้ใช้งานอย่างเข้าใจ เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้ในระบบเบื้องต้นและแจ้ง ศพส. วางแผนพัฒนาระบบใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 ที่สะดวกแก่ผู้ใช้งาน 2. อสม. มีทักษะในการทำงานในชุมชน แต่ยังคงขาดทักษะการทดสอบตัวอย่าง และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง หลายแห่งขาดชุดทดสอบ ผลงาณมักเป็นเชิงการตรวจสอบ ฉลาก (งาน คบส.) ทำให้ทักษะของ อสม. นักวิทยุโดดเด่น ศูนย์จัดทำเป็นโครงการวิจัยนำร่องปัญหาเป็นประเด็น เฉพาะในแต่ละปี เพื่อสะดวกในการสนับสนุนชุดทดสอบเพื่อฝึกทักษะ อสม. จะได้ฝึกทักษะ มีผลงาน ลดความสับสน และเกิดผลสำเร็จในการแก้ปัญหาในชุมชนได้จริง และได้รายงานผลการเฝ้าระวังระดับเขต/ประเทศ 3. หลายหน่วยงานบริการประสานงานให้	ปัจจัยความสำเร็จ - e-learning ในระบบ - กรรณวิทย์ with you ที่มีผู้ดูแลระบบปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ - การออกแบบกระบวนการ พัฒนา อสม. 3 ชั้น เพิ่มโอกาสให้ อสม. เข้าสู่ความสำเร็จในการพัฒนาง่ายขึ้น	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
				อบรม อสม. ในช่วงปลายปีงบประมาณ โดยไม่ได้เน้นหลักสูตร อสม.นักวิทยุ ทำให้ประเมินผลได้ยาก ศูนย์จัดโครงการอบรม ครู ก. อสม.นักวิทยุ ทุกจังหวัด (1 อำเภอ 1 ศูนย์การรู้เฝ้าระวัง) ภายในไตรมาส 2 เพื่อฝึกใหม่วิทยากรของอำเภอ ลดภาระการอบรมช่วงท้ายปีงบประมาณ จาก รพ.สต. 4. การพัฒนา พี่เลี้ยง ครู ก. อสม.วิทยากร ศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ ต้องใช้เวลา ทุ่มเท จึงยังไม่ประสบความสำเร็จ ควรจัดอบรม อสม.นักวิทยุ ประจำปี 2569 ระดับเขต หรือประเทศ ผ่านระบบ ออนไลน์ โดยหลักสูตรควรทบทวนให้ใช้งานได้ภายในเดือนตุลาคม 2568 และจัดโครงการตัว อสม. นักวิทยุและ ศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ชุมชน เพื่อสร้างผลงานและเตรียมคัดเลือก อสม.ดีเด่นและ ศวก.ช. ดีเด่น ภายในเดือน ต.ค. 2568 5. งบประมาณที่ใช้ในโครงการเป็นเงิน บำรุงควรปรับโครงการ กิจกรรม เป้าหมายให้สอดคล้องกับงบที่ได้รับหา		

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
5. โครงการการพัฒนาศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	ห้องปฏิบัติการยา	ร้อยละ 100	1. จำนวนศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ผ่านการประเมินร้อยละผลสำเร็จ 112.7 2. การกระจายศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนรายอำเภอ ร้อยละผลสำเร็จ 106.1	แหล่งเงินอื่น เพิ่มเติม เช่น สปสช อบจ 1. งบประมาณค่อนข้างจำกัด มีการใช้เงินบำรุงของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้มีข้อจำกัดในการสนับสนุนชุดทดสอบแก่เครือข่าย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้เกิดผล การดำเนินงานของ ศวก.ช. จัดทำโครงการสำรวจความปลอดภัย/ประเมินความเสี่ยงเพื่อนำงบประมาณมาจัดหาชุดทดสอบและ IQC เพื่อสนับสนุนพื้นที่ให้มีประโยชน์ 2 เรื่องหลักคือ 1. พื้นที่ที่มีชุดทดสอบให้ อสม./ศูนย์แจ้งเตือนภัยได้ดำเนินการ เกิดผลงาน 2. กรมวิทย์ มีข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ในภาพรวมของประเทศ ยกตัวอย่าง เช่น ปี 2569 : เครื่องสำอางผสมปรอท ฟอรั่มมาลีน ปี 2570 : ตู้น้ำหยอดเหรียญ ปี 2571 : ยาฆ่าแมลงตกค้างในเลือด 2. ผู้รับผิดชอบของ ศวก.ช.ในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังเป็นเจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต. ยัง	ปัจจัยความสำเร็จ - การออกแบบและบูรณาการเกณฑ์ร่วมกับวิชาการประเมิน อสม. นักวิทย์ ขึ้นที่ 3 คือ ศวก.ช.ต้องผ่านเกณฑ์ - นิยามและเกณฑ์ที่ความชัดเจน ทำได้จริง โดย ศวก.ช.ที่จัดตั้งใหม่ ให้มีการประเมิน แต่ยังไม่จำเป็นต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการพัฒนา	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียด ความก้าวหน้า ตามแผน	รายละเอียดความสำเร็จ ของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการ ดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ ประชุม
				ขาดพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและอำเภอ ทำให้ ศวก.ช. ที่เพิ่มขึ้นมีแค่ รพ.สต. ในอำเภอ เดิมที่มี ศวก.ช. ต้นแบบอยู่แล้ว 3. ความสัมพันธ์ระหว่าง รพช. สสอ. และ รพ.สต. โดยเฉพาะที่มีการถ่ายโอนไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การ ดำเนินงานร่วมกันซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น ทำให้การประสานให้มีการจัดตั้ง ศวก.ช. นำร่อง ของอำเภอใหม่ยังดำเนินการได้ น้อย 4. ผู้รับผิดชอบโครงการขาดการ ประสานงานอย่างเป็นระบบและอย่างเป็น ทางการกับพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและอำเภอ ทำให้ขาดการร่วมดำเนินการและร่วม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ควรประชุม ประสานงานอย่างเป็นระบบและเป็น ทางการ ระหว่างศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล		

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียด ความก้าวหน้า ตามแผน	ร้อยละความสำเร็จ ของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการ ดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ ประชุม
				ชุมชน เพื่อยกระดับเป็นผู้ประกอบการ ผู้กำกับติดตาม และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ รพ.สต. พร้อมคัดเลือก รพ.สต./เทศบาล เพื่อเป็นศวก.ช.นาร่องในอำเภอแต่ละอำเภอ ทุกๆ อำเภอ (ภายใน ต.ค. 2568) 5. ยังไม่สามารถขยายศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพในอำเภอใหม่ได้ เนื่องจากอำเภอใหม่ที่เข้าร่วม ยังดำเนินการในส่วนของการพัฒนา อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน และยังไม่มีการแสดงผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ ทำให้ยังไม่ผ่านด้านการประเมิน ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนาต่อไป 6.การจัดส่งตัวอย่าง IQC ของเจ้าภาพล่าช้ากว่าแผนและซับซ้อนยุ่งยาก อาจเนื่องจากเป็นปีแรกที่เริ่มดำเนินการ ทำให้ไม่สามารถส่งตัวอย่าง IQC ได้ทันกับรอบการอบรม หรือบางครั้งชุดทดสอบที่ ศวก.ช.มีไว้ได้ใช้หมดไปแล้ว		

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
6. โครงการพัฒนาเครื่องช่วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ตำบล OTOP/SME เครื่องสำอางผสมสมุนไพรสมุนไพร	ห้องปฏิบัติการยา	ร้อยละ 100	1. จำนวนผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางผสมสมุนไพรผ่านเกณฑ์ Safety Product ร้อยละผลสำเร็จ 100 2. จำนวนผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางผสมสมุนไพรผ่านเกณฑ์ Smart Product ร้อยละผลสำเร็จ 100 3. จำนวนผู้ประกอบการรายใหม่ที่ได้รับการพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสมุนไพรตามเกณฑ์ Safety Product และ/หรือ Smart Product ร้อยละผลสำเร็จ 100	1. ตัวชี้วัดกำหนดให้แต่ละหน่วยงานต้องพัฒนาผลิตภัณฑ์ระดับ Smart product อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ในรอบ 6 เดือนแรก ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุผลหากเป็นผลิตภัณฑ์ที่ต้องตรวจรายการ ประสิทธิภาพการกันเสีย เพราะต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์ ควรเลือกผลิตภัณฑ์ที่ไม่ต้องตรวจหัวข้อประสิทธิภาพการกันเสีย เช่น สบู่ก้อน น้ำมันนวด 2. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 3. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 4. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 5. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 6. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 7. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 8. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 9. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย 10. จำนวนผู้ประกอบการที่เข้าร่วมไม่น้อยกว่า 2 ราย	ปัจจัยความสำเร็จ - การวางแผนได้เลือกยาสมุนไพรร่วมกับ รพ. สสจ. กำหนดแผนระยะเวลาให้ชัดเจน ให้มีสมุนไพรที่	-
7. โครงการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาจากสมุนไพรที่ผลิตโดยโรงพยาบาลของรัฐ	ห้องปฏิบัติการยา	ร้อยละ 100	1. จำนวนยาสมุนไพรที่ผลิตโดยโรงพยาบาลภาครัฐผ่านเกณฑ์คุณภาพและความ	ตัวอย่างสมุนไพรที่มีการส่งตรวจค่าสูงกว่าแผนที่ประสานไว้ เนื่องจากโรงพยาบาลรื้อรอบการผลิตรุ่นใหม่ จึงติดตามการส่งตัวอย่าง ปัจจุบันได้รับตัวอย่างตาม	ปัจจัยความสำเร็จ - การวางแผนได้เลือกยาสมุนไพรร่วมกับ รพ. สสจ. กำหนดแผนระยะเวลาให้ชัดเจน ให้มีสมุนไพรที่	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
			ปลอดภัย ร้อยละ 225 2. องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตยาสมุนไพร ร้อยละผลสำเร็จ 100	เป้าหมายแล้ว 9 ตัวอย่าง ซึ่งตรวจวิเคราะห์แล้วเสร็จทั้งหมดแล้ว	หลากหลาย	
8. โครงการส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรในท้องถิ่น (One Herb One Province) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ห้องปฏิบัติการยา	ร้อยละ 100	1. วัตถุประสงค์สมุนไพรในท้องถิ่นได้รับการศึกษา คุณภาพและคุณสมบัติ ร้อยละผลสำเร็จ 100	1. เนื่องจากเป็นการทำงานโครงการในปีแรก ทำให้ศูนย์ฯ ยังไม่มีสารเคมีบางชนิดที่ใช้ในการทดสอบพืชสมุนไพร จึงนำตัวอย่างไปทดสอบ ณ สถาบันวิจัยสมุนไพร ในช่วงเดือน เม.ย. - พ.ค. ซึ่งเป็นช่วงที่เกษตรกรเริ่มปลูกใหม่ อาจทำให้มีต้นขึ้นยังไม่ออกดอก ซึ่งทำให้การทำ Herbarium ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากขาดส่วนประกอบของดอก ต้องทำการศึกษาและวางแผนในการเก็บตัวอย่างสมุนไพรมาเป็นพรรณไม้อ้างอิงล่วงหน้า	- จากการดำเนินงานโครงการ พบปัญหาอุปสรรค คือ ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเก็บตัวอย่างสำหรับนำไปทำพรรณไม้อ้างอิงในแต่ละชนิดสมุนไพร จะแตกต่างกันไป กล่าวคือต้องเก็บเกี่ยวตามช่วงเวลาที่เหมาะสมเพื่อออกดอก ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาและวางแผนในการเก็บล่วงหน้า จึงจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จได้ - ขอขอบคุณสถาบันวิจัยสมุนไพรที่อนุเคราะห์การสนับสนุนการตรวจชนิดสมุนไพร อนุเคราะห์ทดสอบ ณ สวพ.	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
9. โครงการเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อ Norovirus และ <i>Legionella</i> spp. ในน้ำอุปโภคบริโภคของโรงแรมในพื้นที่อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	ห้องปฏิบัติการอาหาร	ร้อยละ 100	1. ร้อยละของโรงแรมเป้าหมายใหม่ได้รับการเฝ้าระวังฯ ร้อยละผลสำเร็จ 173.3 2. ร้อยละของโรงแรมเป้าหมายปี พ.ศ.2567 ที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ได้รับการติดตามเฝ้าระวังฯ ร้อยละผลสำเร็จ 117.2	1. เครื่องเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมในสภาพจริง (Real-time PCR) ขำรุดบริหารจัดการใช้งานเครื่อง Real-time PCR กับห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก และยืมใช้เครื่องมือจากหน่วยงานส่วนกลาง 2. โรงแรมในพื้นที่บางส่วนมีการเฝ้าระวังตัวตนเองอยู่แล้วจึงไม่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ - เพิ่มการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์เวทีของเครือข่ายหรือระดับผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ เช่น การประชุมของสมาคมโรงแรมและการท่องเที่ยว ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีฯ เป็นต้น - ดำเนินการเชิงรุก เช่น ประสานข้อมูลโรงแรมที่ต้องต่ออายุการดำเนินงานกิจการกับทางพื้นที่ เป็นต้น เพื่อชักชวนเข้าร่วมโครงการฯ - บูรณาการโครงการร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เพื่อใช้เป้าหมายร่วมกัน เช่น เทศบาลนครเกาะสมุย เป้าหมายคือโรงแรมที่ต้องต่ออายุ/ตรวจสถานประกอบการ	- การดำเนินโครงการฯ ในปีนี้ เริ่มด้วยการอบรมให้ความรู้และเตรียมความพร้อมให้แก่โรงแรมเป้าหมายก่อนกิจกรรมการลงพื้นที่เก็บตัวอย่าง จึงเห็นถึงความพร้อมของโรงแรม โดยเฉพาะโรงแรมเป้าหมายเดิมที่มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของศูนย์ฯ อีกทั้งผลการตรวจวิเคราะห์มีร้อยละการพบเชื้อลดลงอย่างเห็นได้ชัด และโรงแรมเองก็มีแผนการสังเกตตัวอย่างตรวจเฝ้าระวังด้วยตนเองจากจำนวนตัวอย่างงานบริการที่เพิ่มขึ้น	จากประเด็นที่มีโรงแรมขออนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ไปเป็นวิทยากร ผอ. เสนอให้มีการการปรับการทำงานโดยจัดทำสื่อถ่ายทอดความรู้ เริ่มต้นจากการเก็บตัวอย่าง รวมถึงการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายการท่องเที่ยว การของบประมาณจากหน่วยงานภายนอก

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
10. โครงการพัฒนาเครือข่ายวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน OTOP/SMEs ด้านอาหาร ประจำปี พ.ศ. 2568	ห้องปฏิบัติการอาหาร	ร้อยละ 100	1. จำนวนผู้ประกอบการรายใหม่ ที่ได้รับการพัฒนา/ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานผ่านเกณฑ์ Safety Product ร้อยละผลสำเร็จ 100 2. จำนวนผลิตภัณฑ์ OTOP/SMEs อาหารที่ผ่านเกณฑ์ การประเมินด้านคุณภาพและความปลอดภัย เป็น Smart Product ร้อยละผลสำเร็จ 100 3. จำนวนผู้ประกอบการที่พัฒนาระดับสู่ Sustainable Smart Product ร้อยละผลสำเร็จ 300	กิจการ เป็นต้น 3. การดำเนินการแก้ไขเมื่อตรวจพบข้อบกพร่องแก้ไขโครงสร้างของระบบ ต้องใช้เวลานาน ขยายเวลากิจกรรมการเก็บตัวอย่างรอบแก้ไข 1. การขอใช้ตราสัญลักษณ์/ต่ออายุ/การเฝ้าระวังคุณภาพซ้ำด้วยตนเอง ยังไม่มีแนวทางการคัดเลือกการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นไปแนวเดียวกัน ควรมีแนวทางในการเลือกรายการตรวจวิเคราะห์ในผลิตภัณฑ์ต่างๆ เป็นของศูนย์ฯ 2. ผู้ประกอบการ Safety Product (5 ผลิตภัณฑ์) มี 2 ผลิตภัณฑ์ คือ น้ำพริกแมงดาปลาอย่าง ไม่สามารถส่งตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างซ้ำรอบที่ 2 ได้ เนื่องจากผู้ประกอบการมีปัญหาด้านคุณภาพ และใช้น้ำ ไข่เค็มยี่ห้อเดิม ผลการตรวจวิเคราะห์ซ้ำรอบที่ 2 (หลังพัฒนา) ยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ติดตามและร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุเพิ่มเติมและปรับปรุง เพื่อนำไปพัฒนาในปีถัดไป		

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
1. โครงการการพัฒนาต้นแบบชุดทดสอบยีสต์ตามีนในผลิตภัณฑ์แปรรูปจากปลาทะเล	ห้องปฏิบัติการอาหาร	ร้อยละ 100	1. จำนวนชุดทดสอบยีสต์ตามีน (ชุดทดสอบต้นแบบ) ที่พัฒนาได้ ร้อยละผลสำเร็จ 100	1. กระบวนการเลือกอบอนุภาคนาโน เล็กกว่าชุดเป็นกระดาษกรองเบอร์ 1 ชนิดเซลลูโลส เมื่อนำอนุภาคนาโนเคลือบบนกระดาษกรอง พบว่ากระดาษกรองทะเลลูจมีแนวทางการแก้ไขโดยลดปริมาณของสารละลายอนุภาคนาโนให้น้อยลงต่อพื้นที่ของกระดาษ 2. การทดสอบในตัวอย่างที่มีไขมันผสม อย่างเช่น แผลงทอด นั้น ไม่สามารถให้ผลทดสอบจากการสั่นแบบเดียวกัน ดังนั้นการศึกษารังนี้จึงไม่ศึกษาต่อในตัวอย่างแผลงทอด อาจจะต้องมีการสกัดไขมันออกจากตัวอย่างก่อน แล้วแยกชั้นนี้สกัดเพื่อทดสอบยีสต์ตามีนกับชุดทดสอบต่อไป ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาในอนาคต 3. การหา Sample Blank ในตัวอย่างปลาเค็มนี้หายาก เนื่องจากวิธีการกระบวนการทำปลาเค็มนี้โดยส่วนมากผู้ประกอบการมักจะเอาปลาที่เหลือจากการขาย หรือปลาที่ค่อนข้างไม่สด ไปทำปลาเค็มต่อ ผู้วิจัยทำปลาเค็มเอง และใช้ชุดทดสอบตรวจสอบเบื้องต้นว่าไม่มียีสต์ตามีน จึงนำไปทำปลาเค็มต่อ สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ที่ส่งให้ สคอ. พบว่า Sample	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ - ประเด็นการขอแหล่งเงินทุนจากภายนอก เพื่อการดำเนินงานในอนาคตหน่วยงานควรให้ความสำคัญกับการขอทุนวิจัยจากแหล่งเงินทุนภายนอก โดยมีแนวทางปรับปรุงดังนี้: - พัฒนาการเขียนข้อเสนอโครงการ: ปรับปรุงรูปแบบการเขียนให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของแหล่งทุนภายนอก เพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับการอนุมัติจัดสรรค้เงินทุนวิจัย - สร้างทัศนคติเชิงบวก: ส่งเสริมให้บุคลากรเปิดใจรับความท้าทายในงานใหม่ๆ และมองว่าความท้าทายเหล่านี้คือโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและหน่วยงาน - ประเด็นการบริหารจัดการโครงการ การ	ให้ผู้รับผิดชอบประสานข้อมูลในการดำเนินการต่อทั้งในส่วนการจัดซื้อวัสดุ และการวิจัยชุดทดสอบให้สมบูรณ์มากขึ้น สามารถขอทุนนวัตกรรมได้เพิ่มหรือไม่ หากไม่ได้ให้มาใช้งินบ้าง

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียดความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
				Blank ในตัวอย่างปลาเค็ม ไม่พบ (Histamine LOD 5.00 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม HPLC สด. และสารอื่นๆในกลุ่มเดียวกัน) 4. รูปแบบการการเบิกจ่ายเงินจากการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ภายใต้โครงการฯ ปรึกษากับผู้ให้ทุน สอบถามรูปแบบการเบิกจ่าย หลังส่งมอบวัสดุวิทยาศาสตร์ที่ซื้อแล้วเสร็จ แล้วแจ้งเจ้าหน้าที่การเงินของศูนย์ฯ พร้อมทั้งแจ้งไปยังผู้วิจัยร่วม ของสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ให้ทราบถึงแนวทางดังกล่าว	จัดการโครงการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จคือ การวางแผนงานที่รัดกุม และการบริหารจัดการที่รัดกุม โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะดังนี้: - การปรับกรอบการทำงานโครงการ: การจัดการโครงการควรมีควมยืดหยุ่น แต่ยังคงใช้หลักวิชาการในการปรับแนวทางการทำงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และตัวชี้วัดของโครงการอยู่เสมอ - การจัดการทรัพยากร: ปัญหา: การนำเสนอผลงานวิจัยต้องดำเนินการจดสิทธิบัตรหรืออนุสิทธิบัตรก่อน เพื่อป้องกันการลอกเลียนแบบทางวิชาการ - การจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: พบว่าการ	

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
12. โครงการการพัฒนาวิธีการตรวจวิเคราะห์เชื้อ <i>Legionella</i> spp. ด้วยเทคนิค Real-time PCR	ห้องปฏิบัติการอาหาร	ร้อยละ 96.2	1. ไม่ผลการทวนสอบความใช้ได้ของวิธีวิเคราะห์ <i>Legionella</i> spp. ด้วยเทคนิค Real-time PCR ร้อยละผลสำเร็จ 100	1. บริษัทผู้จำหน่ายชุดน้ำยาสำเร็จรูปสำหรับ การตรวจวิเคราะห์ จัดส่งล่าช้ากว่ากำหนด จึงติดตามการจัดส่งชุดน้ำยาสำเร็จรูปกับผู้จำหน่าย 2. เครื่อง Real time PCR ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ชำรุด ไม่สามารถซ่อมได้ขอโอนเครื่องที่เครื่อง Real-time PCR ไปยังสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และได้รับการอนุมัติเครื่องมือ 3. งานประจำมีปริมาณมาก ทำให้การดำเนินงานมีความล่าช้าดำเนินการทดสอบ	เขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการคือ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการสำเร็จ ดังนั้นจึงแนะนำให้ผู้ใช้รับผิดชอบ โครงการอื่นๆ เริ่มจัดทำรายงานไปพร้อมกับการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งออกแบบการจัดเก็บข้อมูล	ประสานกับหน่วยงานกลางด้านวิชาการ และทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากต้องการตรวจเชื้อด้วยวิธีนี้

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
13. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยวิธี HPV DNA Test แบบแยก 14 สายพันธุ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก	ร้อยละ 79.99	1. ประชากรหญิงไทย กลุ่มเป้าหมายในเขตสุขภาพที่ 11 (จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี และ นครศรีธรรมราช) ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ร้อยละ ผลสำเร็จ 45.88	ในช่วงวันหยุด 1. การจัดซื้อจัดจ้างนายสำหรับตรวจวิเคราะห์ความลำช้า ยึดเงื่อนไขใดตรงมาที่ 2 เนื่องจากอยู่ระหว่างการอุทธรณ์ (E-bidding) แก้ไขโดยยื่นนายจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก 2. ต้นปีงบประมาณหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงทำให้มีจำนวนตัวอย่างส่งตรวจบางพื้นที่ที่แน่น แก้ไขโดยประชุมสื่อสารทำความเข้าใจกับพื้นที่ 1. โรงพยาบาลเป้าหมาย (รพศ/รพท.) ส่งตัวอย่างน้อย แก้ไขโดยจัดทำหนังสือราชการสื่อสารโครงการผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งโรงพยาบาลในสังกัด 2. โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบส่งตัวอย่างไม่ถึงเป้าหมายแก้ไขโดยจัดประชุม ZOOM สื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการกับโรงพยาบาลทุกแห่ง	-	-
14. การตรวจจิ้น NAT2 diplotype ด้วยวิธี Real-time PCR เพื่อใช้ประกอบการปรับระดับยาต้านวัณโรค Isoniazid ใน 4 จังหวัดภาคใต้ตอนบน	ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก	ร้อยละ 89.0	1. จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการตรวจจิ้น NAT2 diplotypes ด้วยเทคนิค Real-time PCR ร้อยละ ผลสำเร็จ 88.75	1. โรงพยาบาลเป้าหมาย (รพศ/รพท.) ส่งตัวอย่างน้อย แก้ไขโดยจัดทำหนังสือราชการสื่อสารโครงการผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งโรงพยาบาลในสังกัด 2. โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบส่งตัวอย่างไม่ถึงเป้าหมายแก้ไขโดยจัดประชุม ZOOM สื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการกับโรงพยาบาลทุกแห่ง	-	-
15. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค	ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก	ร้อยละ 100	1. ร้อยละของการทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ 11	1. โรงพยาบาลบางแห่งกรอข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง ส่งผลการขอ	-	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	วิทยาลินิก		ได้รับการตรวจคัดกรองใน ปีงบประมาณ 2568 ร้อย ละผลสำเร็จ 96.67 2. ร้อยละของทารกแรก เกิดในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มี ผลการคัดกรองผิดปกติใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้เข้ารับการรักษา ร้อยละ ผลสำเร็จ 83.41	ตัวอย่างครั้งที่ 2 แก้ไขโดยสื่อสารให้ ความรู้และจัดทำสรุป คำแนะนำแนวทาง เวชปฏิบัติในการตรวจคัดกรองทารกแรก เกิดโรคพญัมกรรมแต่อาบอีกแบบเพิ่ม จำนวนโรค ให้แก่โรงพยาบาลเครือข่าย 2. โรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถตาม ทารกที่มีค่าผลการตรวจคัดกรองภาวะ พร่องเอนไซม์ฮอว์มันแต่กำเนิด (CHT) สูงกว่าค่า cut-off มาตรวจยืนยันด้วยซีรัม และเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เสนอให้ หน่วยปฏิบัติการจัดทำเอกสารแจ้งหญิงตั้ง ครรภ์เกี่ยวกับการตรวจยืนยันและ กระบวนการรักษาภาวะพร่องเอนไซม์ฮอว์ มันแต่กำเนิด (CHT) มีค่าสูง 3. ร้อยละของทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพ ที่ 11 ในบางจังหวัดต่ำกว่าร้อยละ 90 (จังหวัดระนอง 88%) แก้ไขโดยชี้แจง กลับไปยังโรงพยาบาลในทารกที่เกิดจาก มารดาเป็นต่างชาติ แต่บิดาเป็นชาวไทย มี สิทธิได้รับการตรวจคัดกรองทุกคน แก้ไข โดยชี้แจงกลับไปยังโรงพยาบาลในทารกที่		

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	รายละเอียด ความก้าวหน้า ตามแผน	ร้อยละความสำเร็จ ของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการ ดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ ประชุม
16. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์และ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย	ห้องปฏิบัติการพยาธิ วิทยาคลินิกและ ห้องปฏิบัติการรังสี	ร้อยละ 100	1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ ห้องปฏิบัติการทางการ แพทย์และห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย ได้รับการตรวจ ติดตามภายใน (Internal audit) โดยการตรวจ ประเมิน ตรวจเยี่ยมเสริม พลัง หรือติดตาม ความก้าวหน้า พร้อมบันทึก ข้อมูลลงในโปรแกรม Lab xtrar ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ร้อยละผลสำเร็จ 102.3 2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ ห้องปฏิบัติการทางการ แพทย์และห้องปฏิบัติการ	เกิดจากการดาเป็นต่างชาติ แต่บิดาเป็น ชาวไทย มีสิทธิได้รับการตรวจคัดกรองทุก คน และแจ้งข้อมูลแก่ MCH board ของ เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อกระตุ้นให้หน่วย บริการให้ความสำคัญแก่การตรวจคัดกรอง ทารกแรกเกิด 1. รพ. ที่ตรวจติดตามภายใน (Internal audit) มีจำนวนหลายแห่งไม่ได้บันทึก ข้อมูลลงในโปรแกรม Lab xtrar แก่ไข โดยติดตามขอข้อมูลการประเมินมาลงใน โปรแกรมเอง 2. การขับเคลื่อนของสสจ. แต่ละจังหวัดมี แผนแตกต่างกัน บางจังหวัดจะดำเนินการ Internal audit เฉพาะรพ. ที่มีการขอรับ รองหรือเฝ้าระวัง แก่ไขโดย ศูนย์ฯ จึงปรับ แผนเป็นการตรวจเยี่ยมเสริมพลังให้กับรพ. ที่ไม่ได้รับการ Internal audit เพื่อให้ สามารถดำเนินการบรรลุดตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้	-	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
17. โครงการจัดทำค่าปริมาณรังสีอ้างอิงจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Diagnostic Reference)	ห้องปฏิบัติการรังสีและเครื่องมือแพทย์	ร้อยละ 100	รังสีวินิจฉัยจำนวนห้องปฏิบัติการที่สามารถอ่านรักษา ยื่นขอการรับรอง หรือขยายการขอการรับรอง ร้อยละ ผลสำเร็จ 126.5 3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย พัฒนาศอยอดงานประจำสู่งานวิจัย มีผลงานวิจัยจากงานประจำหรือนวัตกรรม, R2R, CQI อย่างน้อยห้องปฏิบัติการละ 1 เรื่อง (โดยการจัดประชุมอบรมให้ความรู้ การร่วมพัฒนางาน เป็นต้น) ร้อยละ ผลสำเร็จ 200	-	-	-

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความล่าช้าของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
Levels for Computed Tomography)			Computer Tomography) ร้อยละ ผลสำเร็จ 100			
18. โครงการสำรวจและเฝ้าระวังคุณภาพ ภาพถ่ายเอกซเรย์ดิจิทัลทรวงอก ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เขตสุขภาพที่ 11	ห้องปฏิบัติการรังสี และเครื่องมือแพทย์	ร้อยละ 100	1.ค่าพารามิเตอร์มาตรฐานสำหรับถ่ายภาพรังสีดิจิทัลทรวงอก ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ร้อยละ ผลสำเร็จ 100	การดำเนินการล่าช้ากว่าแผน เนื่องจากกิจกรรมการเก็บข้อมูลภาพถ่ายเอกซเรย์โดยใช้หุ่นจำลองทรวงอก จะดำเนินการพร้อมกับกับการให้บริการตามแผนทดสอบประจำปี ซึ่งแผนของโรงพยาบาลรัฐจะกระจายจนถึงเดือนสิงหาคม 2568 ทั้งนี้ห้องปฏิบัติการจะเร่งรัดการเก็บข้อมูลเพิ่มให้ทันตามแผนดำเนินงานการถ่ายภาพเอกซเรย์ดิจิทัลทรวงอกคุณภาพเอกซเรย์ดิจิทัล มีการปรับแผนฯ กำหนดจัดอบรมร่วมกับโครงการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการฯ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2568		
19. โครงการอำนวยการรักษา ระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการและระบบบริหารคุณภาพของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่	กลุ่มพัฒนาคุณภาพ และวิชาการ	ร้อยละ 100	1. จำนวนระบบคุณภาพที่สามารถอำนวยการรักษาได้สอดคล้องตามมาตรฐานสากล ร้อยละ ผลสำเร็จ 100	1. เครื่องเอกซเรย์ที่ใช้ในงานในเขตส่วนใหญ่เป็นแบบ 2 มิติ 2. ผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้ประสานงานในการขอข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโดยตรงทำให้ศูนย์ฯ ไม่ทราบข้อมูลใน	- การยกเลิกการรับรองรายการทดสอบ Coliform Faecal coliform และ E. coli ในเครื่องดื่ม เนื่องจากนักวิเคราะห์มีความเข้าใจ	

โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ร้อยละความก้าวหน้าตามแผน	ร้อยละความสำเร็จของตัวชี้วัด	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ถอดบทเรียนผลการดำเนินงานโครงการ	ข้อเสนอแนะจากทีประชุม
11 สุราษฎร์ธานี			2. ร้อยละรายการทดสอบที่ขอรับการรับรองที่สามารถดำรงรักษาได้สอดคล้องตามมาตรฐานสากล (จำนวนรายการทดสอบทั้งหมด 164 รายการ) ร้อยละผลสำเร็จ 98.2 3. จำนวนรายการทดสอบที่ขอขยายขอบข่ายการรับรอง ได้รับการรับรอง (จำนวนรายการทดสอบทั้งหมด 19 รายการ) ร้อยละผลสำเร็จ 100	เบื้องต้น	ถอดบทเรียนในการใช้เอกสารอ้างอิง ดังนั้นห้องปฏิบัติการต้องนำปัญหาดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง กำหนดแนวทางป้องกันเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ประเด็นสำคัญคือ ต้องมีการประสานข้อมูลกับเครือข่าย เพื่อติดตามข่าวสาร การใช้เอกสารอ้างอิง ที่เป็นปัจจุบัน - รายการทดสอบที่แยกเลิกการรับรอง ทั้ง 3 รายการ ต้องดำเนินการเตรียมความพร้อม สำหรับการขอขยายขอบข่ายการรับรอง ในรอบของการเฝ้าระวังรอบต่อไป ประมาณ ธันวาคม 2569	

ผลดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
1.1.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผู้ประกอบการรายใหม่ ในผลิตภัณฑ์อาหารและผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางผสมสมุนไพร ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพและความปลอดภัยเป็น Safety Product	ห้องปฏิบัติการอาหารและ ห้องปฏิบัติการยา	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-
1.1.2 ระดับความสำเร็จของผลิตภัณฑ์อาหารที่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพและความปลอดภัยเป็น Smart Product	ห้องปฏิบัติการอาหาร	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-
1.1.3 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางผสมสมุนไพร ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านคุณภาพและความปลอดภัยเป็น Smart Product	ห้องปฏิบัติการยา	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-
1.2.1 ร้อยละของหญิงไทยที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test	ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา คลินิก	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 45.88 ค่าคะแนน 4	-	-
1.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตรวจ NAT2 diplotypes ด้วยเทคนิค Real-time PCR	ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา คลินิก	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 88.75 ค่าคะแนน 4	-	-
1.3.1 ระดับความสำเร็จของสมเอนะพอจะบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน	ห้องปฏิบัติการยา	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-
1.3.2 ระดับความสำเร็จของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่กำหนด	ห้องปฏิบัติการยา	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-
1.3.3 ระดับความสำเร็จของศูนย์คัดกรองยาเสพติดในระดัปลุ่มภูมิ ของจังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี	ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
นครศรีธรรมราช ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่ กำหนด				
2.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ฝ่ายบริหารทั่วไป	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 5	-	-
2.2 ระดับความพึงพอใจของการปรับปรุงคุณภาพ การบริการ/ผลผลิต/กระบวนการทำงานของ หน่วยงาน	ฝ่ายบริหารทั่วไป	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 5 ค่าคะแนน 3.5	ไม่ตรงงานผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน เนื่องจากผู้รับผิดชอบเข้าใจกำหนดรายการงาน คำรับรองของปี 2568 คือ รอบ 5, 6, 11 และ 12 เดือน เหมือน ตชว.อื่น ๆ	ผอ. แจ้งให้ กพว. จัดประชุมสื่อสาร ตชว. คำรับรองการปฏิบัติราชการ โดยให้ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นผู้ นำเสนอตัวชี้วัดของตนเอง เพื่อทำ ความเข้าใจรายละเอียดของตัวชี้วัด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3.1 ร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายภาพรวม	ฝ่ายบริหารทั่วไป	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 99.46 ค่าคะแนน 5	-	-
3.2 ร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายลงทุน	ฝ่ายบริหารทั่วไป	-	-	-
4. ระดับความพึงพอใจของหน่วยงานที่ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มพัฒนาคุณภาพและ วิชาการ	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 4 ค่าคะแนน 4	1. บุคลากรยังขาดความเข้าใจในการประเมิน ตนเอง ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. 2562 จึงควรจัดให้มีการ ฝึกอบรม หรือชี้แจง โดยตัวแทนศูนย์ฯที่เคย เข้าร่วมการอบรมของ กลุ่มพัฒนาระบบ บริหาร 2. กระบวนการคำ เนิ่งงานในบางหมวด ยัง ขาดกระบวนการคิดการระดมความคิดเห็น ร่วมกัน	-

ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอเพื่อการแก้ไข	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม
5. ระดับความสำเร็จของการวัดการรับรู้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก	คณะทำงานจัดทำและ ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ส่งเสริมคุณธรรม	ผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 3.88 ค่าคะแนน 3.88	-	-

วาระที่ 5.3 สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการ/ทีมงาน

5.3.1 คณะกรรมการบ้านพัก

ผลการดำเนินงาน

1. การให้บุคคลภายนอกเข้าพักในบ้านพักศูนย์ฯ ดำเนินการตามระเบียบบ้านพักข้าราชการ
2. การจัดสรรบ้านพักให้กับข้าราชการบรรจุใหม่ และ โอนย้าย
3. ตรวจสอบบ้านพักกรณีมีการย้ายออก พร้อมทำ รายงานเสนอผู้บริหาร
4. จัดทำสรุปข้อมูลผู้พักอาศัยบ้านพักศูนย์ฯ
5. มีการประชุมคณะกรรมการ และรายงานผลต่อผู้บริหาร
6. การตรวจสอบบ้านพักศูนย์ฯประจำปี (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้อาศัยควรศึกษาระเบียบบ้านพัก
2. ร่วมกันดูแลภูมิทัศน์รอบบ้านพัก
3. การนำ ขยะไปทิ้งที่โรงเก็บขยะ

คณะกรรมการกีฬา

ผลการดำเนินงาน

1. จัดหาอุปกรณ์กีฬา
2. จัดเตรียมสนามสำหรับกีฬาแต่ละประเภท
3. จัดกิจกรรมกีฬาภายใน และเข้าร่วมกิจกรรมกีฬากับหน่วยงานภายนอก

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำ แผนและกิจกรรมให้เหมาะสม
2. เพิ่มกิจกรรมที่ส่งผลต่อบุคลากร เช่น กิจกรรมเพื่อสุขภาพ การลดรอบเอว เป็นต้น
3. tips & Trick ในการออกกำลังกาย ล้างกาย ภายหลังการบริหาร

กิจกรรม 5 ส.

ผลการดำเนินงาน

ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการกิจกรรม 5 ส.ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2568 จำนวน 10 ครั้ง ของแผน 12 เดือน มีผลการดำเนินงานแล้วเสร็จถูกต้อง ภายในระยะเวลาที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 80

ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

เมื่อถึงกำหนดวันที่จัดกิจกรรมบุคลากรติดภารกิจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทำให้ต้องมีการปรับเลื่อนวันออกไป แนวทางการแก้ปัญหา คือ บุคลากรที่ไม่ติดภารกิจดำเนินกิจกรรมตามแผน/เลื่อนกิจกรรมออกไปก่อน และหาวันชดเชยกิจกรรมใหม่

ข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมประชุม

ปรับกิจกรรมโดยการถอดบทเรียนจากกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในปี 68 และควรเพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบุคลากรจากห้องปฏิบัติการ เพื่อเสนอแนะแนวทางการทำกิจกรรมในแผน

5.3.2 คณะทำงานจัดทำและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรม

คณะทำงานจัดทำและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมได้นำเสนอผลการดำเนินงานดังนี้

1. ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรม

- ดำเนินการได้ตามแผน (1 โครงการ/12 กิจกรรม) ร้อยละ 100 ใช้ งบประมาณ 9,500 บาท
- แนวทางการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับคุณธรรม ปี งบประมาณ. พ.ศ. 2569 (เพิ่มเติม)
 - E-learning หลักสูตรของ ก.พ. 3 รายวิชา ได้แก่ MS01 จิตสำนึกสาธารณะ MS03 การเป็นข้าราชการ KD54 ความเสมอภาค ความหลากหลาย เพศภาวะ
 - E-learning หลักสูตรของ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ เรื่อง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉ.5(พ.ศ.2566-2570)
- ข้อสังเกต : ผลการประเมินการรับรู้มาตรฐานทางจริยธรรมสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้คะแนนต่ำ (ร้อยละ 54)
- ข้อเสนอสำหรับการพัฒนาในปี งบประมาณ. พ.ศ.2569 คือเพิ่มกิจกรรมการรับรู้มาตรฐานทางจริยธรรมสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2. ผลการดำเนินงานตามการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน (ITA)

ผลการประเมิน ITA ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้คะแนนร้อยละ 93.88 ระดับผลการประเมินอยู่ที่ระดับ ผ่าน ผลการประเมินอยู่ในลำดับที่ 8 จาก 17 หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำคะแนนสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยคะแนนเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา +2.5

3. การประเมินองค์กรคุณธรรมตามระบบ Moral Organization Assessment : MOA

- ดำเนินการประเมินผ่านคณะทำงาน PMQA ซึ่งคณะทำงานและขับเคลื่อนจริยธรรมจะได้นำผลการประเมินตอบในระบบการประเมินต่อไป
- ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงงบประมาณพ.ศ.2568 กรมฯมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ในบางข้อ โดยเฉพาะระดับ5เน้นการสร้างนวัตกรรมดังนั้นในปีงบประมาณพ.ศ.2569ศูนย์ฯจะต้องเตรียมแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์ระดับ5

4. ผลการดำเนินงานการจัดการความเสี่ยง

จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงการทุจริตต่อการบริหารโครงการสำคัญที่มีวงเงินงบประมาณตั้งแต่ 1 ล้านบาทขึ้นไปจำนวน 3 โครงการซึ่งความเสี่ยงอยู่ระดับสีเขียว ศูนย์ฯไม่มีข้อร้องเรียนด้านการทุจริตประพฤติมิชอบ

5. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยความสำเร็จ

1.ผู้บริหารให้ความสำคัญให้มีการดำเนินงานเป็นไปตามหลักคุณธรรมจริยธรรมและความโปร่งใส

2.การศึกษาเป้าหมาย(MOA)เพื่อนำไปสู่การวางแผนงานบูรณาการกิจกรรมและเป้าหมายส่งผลให้เกิดผล

ลัพธ์เป็นไปตามแผน

ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ปี 2568 มีการปรับเกณฑ์ MOA ระดับ 5 ไปสู่ผลสัมฤทธิ์เชิงนวัตกรรมมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถดำเนินการให้ได้ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ ดังนั้น ในปี 2569 จึงควรมีกิจกรรมการถอดบทเรียน เพื่อพิจารณากิจกรรมบรรจุในแผนให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนด

5.3.3 ทีมงานจัดการความรู้

1. ผลการดำเนินงาน ตามแผนการจัดการความรู้ของหน่วยงานประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2568 เรื่อง การใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) สำหรับงานวิจัย งานวิชาการ และงานประจำให้มีประสิทธิภาพ ทางทีมงาน KM ได้ดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน โดยได้มีการจัดอบรมให้ความรู้การใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) เมื่อวันที่ 7-8 มกราคม 2568 บุคลากรได้มีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ทีมงาน KM ร่วมกับทีมวิชาการ ได้จัดทำแนวทางการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) พร้อมสื่อสารให้กับบุคลากรได้นำไปใช้ และได้ติดตามและปรับปรุงแนวทางดังกล่าว และนำเผยแพร่หน้าเว็บไซต์หน่วยงานให้กับบุคลากรของหน่วยงานได้นำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป อีกทั้งผลลัพธ์การนำไปใช้ที่เชิงประจักษ์ ได้แก่ การนำไปใช้ด้านวิชาการ จำนวน 7 ผลงาน และด้านธุรการ จำนวน 1 ผลงาน

2. ผลการดำเนินงานของการขับเคลื่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหน่วยงานตามปฏิทิน KM บุคลากรได้รับความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน จากการจัดการความรู้ ตามแผนปฏิทิน KM จำนวน 15 เรื่อง ซึ่งเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยน ถ่ายทอด และสื่อสารองค์ความรู้ในหัวข้อที่บุคลากรสนใจ สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน รวมทั้งงานอื่น ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการต่างๆ ของหน่วยงาน บุคลากรให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ผลการจัดกิจกรรม ได้ร้อยละ 100 ของแผน 12 เดือน

3. ผลการจัดการความรู้ด้วยระบบ KMIS

- ทีมงาน KM ได้มีการทบทวนและสื่อสารการใช้ระบบ KMIS ให้กับบุคลากร เมื่อต้นปีงบประมาณ และมีการกระตุ้นการลงข้อมูลในระบบ KMIS ทำให้บุคลากรของหน่วยงานมีการบันทึกองค์ความรู้ผ่านระบบ KMIS จำนวนทั้งหมด 328 เรื่อง จากเจ้าหน้าที่จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.38 ของจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด

- คุณภาพของการลงข้อมูลองค์ความรู้และบันทึกความดีของหน่วยงาน ทีมงาน KM ร่วมกับ PMQA หมวด 4 ได้สร้างเกณฑ์และระบบในการลงข้อมูล ทำให้มีองค์ความรู้ในระบบ KMIS ที่มีคุณภาพมากขึ้น

ทั้งนี้ทีมงาน KM ยังมีส่วนในการสนับสนุนงานด้านต่างๆของหน่วยงาน เช่น มีการสร้างเวทีเรื่องเล่าเร้าพลัง เพื่อกระตุ้นและขับเคลื่อนบุคลากรให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างเวทีการนำเสนอผลงานวิชาการให้กับบุคลากร โดยมีผลงานวิชาการที่มีปริมาณและคุณภาพ โดยได้รับรางวัลจากเวทีประชุมวิชาการกรมวิทย์ฯ จำนวน 2 รางวัล

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดเวทีการประชุมตามแผนปฏิทิน KM สามารถจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ตามเป้า ร้อยละ 100 ของกิจกรรมทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ณ บางเวทีอาจเจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากติดภารกิจ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ทางทีมงานจัดการความรู้ จึงควรพิจารณาหัวข้อเพื่อนำเข้าปฏิทิน KM ให้แผนมีความเหมาะสม จัดกลุ่มเป้าหมาย และกระชับเวลา หลีกเลี่ยงการจัดเวทีในช่วง 6 เดือนหลัง ให้เกิดการพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ ทีมงาน KM ได้จัดเก็บองค์ความรู้ในระบบ KMIS แต่ควรมีการทบทวนองค์ความรู้ที่ผ่านการจัดการความรู้ประจำปีเพื่อให้องค์ความรู้มีความครบถ้วน และควรมีการสื่อสารบุคลากรที่อยู่หรือระบบหรือหมวดหมู่การเก็บที่ชัดเจน และให้สามารถเข้าถึงง่าย ซึ่งทางทีมงาน KM จะรวบรวมและสื่อสารต่อไป

5.3.4 คณะกรรมการความมั่นคงปลอดภัย

ผลการดำเนินงาน มีผลการดำเนินงานตามแผนร้อยละ 100

1. การบริหารระบบด้านความปลอดภัย

1.1 มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คำสั่งเลขที่ 00031/2567 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567

1.2 จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โดยมีความเสี่ยงสีเขียว จำนวน 6 เรื่อง และไม่มีความเสี่ยงสีเหลืองและสีแดง

1.3 ตรวจสอบติดตามภายในตามระบบคุณภาพ ISO 15190:2020 พบข้อบกพร่องจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อกำหนดเรื่อง การออกแบบสำหรับความปลอดภัย โปรแกรมการจัดการความปลอดภัย การเตรียมความพร้อมและการตอบสนองในกรณีฉุกเฉิน ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการกำจัดของเสีย/ขยะ พบข้อสังเกต 1 ข้อ คือ ข้อกำหนดเรื่อง การระบุอันตรายและการประเมินความเสี่ยง ทั้งนี้ได้แก้ไขข้อบกพร่องครบถ้วนทุกข้อ ในส่วนของห้องปฏิบัติการด้านเคมี การตรวจประเมินห้องปฏิบัติการในรูปแบบ peer evaluation ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว โดยพบข้อบกพร่องจำนวน 7 ข้อ ด้านการจัดเก็บสารเคมี 3 ข้อ, การเก็บของเสีย 3 ข้อ, งานวิศวกรรมไฟฟ้า 1 ข้อ และแก้ไขข้อบกพร่องแล้วเสร็จเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2568

2. ระบบจัดการสารเคมี

2.1 การจัดการระบบคลังสารเคมี กำหนดสื่อสารแนวทางการจัดการและระบบคลังสารเคมีและจัดทำแผนผังบังคับด้านความปลอดภัยของสารเคมี สื่อสารให้กับผู้รับผิดชอบคลังสารเคมีของแต่ละห้องปฏิบัติการ ในวันที่ 27 ธันวาคม 2567 และสื่อสารให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 68

2.2 ตรวจสอบและรายงานสถานะสารเคมีของศูนย์ฯ สรุปลักษณะขวดสารเคมีที่อยู่ในคลังเป็นปัจจุบัน

3. ระบบจัดการของเสีย

3.1 การจัดการของเสียด้านเคมี กำหนดการสื่อสารการจัดการของเสียด้านเคมีในวันอบรมด้านความปลอดภัยของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568 และตรวจสอบและรายงานสถานะของเสียด้านเคมีของศูนย์ฯ รอบแรกโดยกำหนดวันรายงานในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2568 (ของเสียรวมไตรมาสที่ 1-3 น้ำหนักรวม 385.76 กิโลกรัม)

3.2 การจัดการขยะติดเชื้อ ส่งขยะติดเชื้อกำจัดตามระบบของศูนย์ฯ และรายงานข้อมูลในโปรแกรมระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ E – Manifest รายงานเป็นปัจจุบัน

3.3 การจัดการความปลอดภัยด้านรังสี การจัดการความปลอดภัยด้านรังสี ดำเนินการตรวจสอบการรั่วของสารกัมมันตรังสีของ NI-63 โดยรอบเครื่อง GC ตามแผนผลการวัด น้อยกว่า 1 $\mu\text{Sv/h}$ มีความปลอดภัยไม่มีรังสีรั่วไหล การใช้งานแผ่นวัดรังสีประจำบุคคล OSL ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการรังสีและเครื่องมือแพทย์ ทั้ง 3 ไตรมาส ค่ารังสีที่ได้รับ 1 $\mu\text{Sv/h}$ ผลการใช้งานปลอดภัย

4. ลักษณะทางกายภาพของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ และเครื่องมือ

4.1 เตรียมและตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ความปลอดภัยภายใน ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ความปลอดภัยและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานและตรวจสอบตามแผน

4.2 จัดทำแผนบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานและตรวจสอบตามแผน แผนฯได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 6 ธ.ค. 2567 และดำเนินการตรวจสอบตามแผน

5. ระบบป้องกันและแก้ไขอันตราย

5.1 ตรวจสอบระบบ/ อุปกรณ์การแจ้งเตือน ตรวจสอบระบบ/ อุปกรณ์การแจ้งเตือน ตรวจสอบตามแนวทางของศูนย์ โดยดำเนินการเป็นงานประจำ

6. การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัย

บุคลากรได้รับการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย และจัดอบรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการอบรม การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซ้อมแผนป้องกันภาวะฉุกเฉิน และระงับอัคคีภัย ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568 มีการให้ความรู้เรื่อง ทบทวนข้อกำหนด ISO 15190: 2020 ทบทวนการใช้ Spill kit การปฐมพยาบาลเบื้องต้นช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นให้กลับมาหายใจ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) และ การป้องกัน การซ้อมแผน ป้องกันภาวะฉุกเฉิน และระงับอัคคีภัย

7. การจัดการข้อมูลและเอกสารทบทวนเอกสารการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย (SOP,WI SD, F)ดำเนินการทบทวนเอกสารตามระบบคุณภาพ และแก้ไขเอกสารคุณภาพจากการตรวจติดตามภายใน

ปัญหาอุปสรรค

1. ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของอาคารปฏิบัติการ (engineering controls) ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย จึงต้องใช้ Practices and Procedures

งานที่จะพัฒนาในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

1. จัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยต่างๆของศูนย์ไว้บน Intranet เพื่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

5.3.5 คณะทำงาน PMQA

5.3.5.1 หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์

สำหรับผลการดำเนินงานตาม PMQA หมวด 2 การวางแผนยุทธศาสตร์ ผลการประเมินตนเองภาพรวมหมวด 2 ได้คะแนนเฉลี่ย 4.62 มี OFI 3 เรื่อง โดย OFI ที่นำมาดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาองค์การเป็น เรื่อง แผนกลยุทธ์ ด้านบุคลากรที่ทำให้ยุทธศาสตร์เป็นไปได้ เนื่องจากในแผนกลยุทธ์การพัฒนาศูนย์ที่ปรากฏในปี 2568-2570 ยังไม่ครอบคลุมการพัฒนาในรูปแบบของการมอบหมายงานรวมถึงการประเมินผลจึงยังไม่มั่นใจว่าแผนดังกล่าวจะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนด ได้จัดทำแผนพัฒนาองค์การ เรื่อง แผนปรับปรุงหลักสูตรการพัฒนาศูนย์ครอบคลุมการ ศูนย์ฯในแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้แผนกลยุทธ์การพัฒนาศูนย์ครอบคลุมการพัฒนาและมีการประเมินผลที่จะทำให้มั่นใจว่าจะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนด และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ จำนวนหลักสูตรการพัฒนาศูนย์ที่ครอบคลุมที่ทำให้แผนกลยุทธ์ของหน่วยงานบรรลุผล โดยผลการดำเนินงานได้ หลักสูตรการพัฒนาศูนย์ตามแผนกลยุทธ์จำนวน 14 หลักสูตร และได้จัดทำแนวทางปฏิบัติที่ดีเรื่อง การขับเคลื่อน แผนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์องค์กรด้วยการปรับปรุงหลักสูตรพัฒนาศูนย์ ซึ่งผลงานความโดดเด่นนี้ไม่ เพียงแต่ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่ยังแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของหน่วยงานในการ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อก้าวไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์ที่ในอนาคต นำไปสู่การพัฒนาที่เชื่อมโยงกับประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านของศูนย์ฯ เพื่อให้การพัฒนาศูนย์เป็นไปในทิศทางเดียวกันและ สนับสนุนการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้หลักสูตรการพัฒนาศูนย์ให้บรรลุแผนกลยุทธ์ที่จัดทำ ขึ้น จะนำไปเชื่อมโยงกับแนวทางการพัฒนาศูนย์ตามเอกสารการปฏิบัติงาน SOP 41 10 177 ศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารและบุคลากรทุกท่านในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาตนเองและทีมงาน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ก้าวไปข้างหน้าอย่าง มั่นคงและยั่งยืนต่อไป

5.3.5.2 หมวด 3 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สรุปผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน

PMOA หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 การดำเนินงาน PMOA หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีการทบทวน ลักษณะสำคัญ องค์การและประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self-Assessment Questionnaire) ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. 2562 ได้คะแนนเฉลี่ย 4.75 ทั้งนี้พบว่ามีโอกาสในการปรับปรุงหรือ OFI ในหัวข้อผลผลิตและการบริการ ประเด็นเรื่องค้นหาและปรับปรุงผลผลิตและการบริการเพื่อ เข้าสู่กลุ่มเป้าหมายใหม่ในการ ดึงดูดผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มใหม่รวมทั้งสร้างโอกาสในการขยายความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัจจุบัน โดยการกำหนดแผนพัฒนาองค์กร เรื่อง แผนเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบริการลูกค้าของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ประจำปี 2568 เพื่อเพิ่มรูปแบบการบริการสำหรับการดึงดูด ผู้รับบริการทั้งกลุ่มปัจจุบันและลูกค้า กลุ่มใหม่ โดยจัดทำแนวทางการรับตัวอย่างนอกสถานที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี และได้ ดำเนินการจัดทำขั้นตอนการให้บริการ ณ จุดรับตัวอย่าง ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ รวมถึง การจัดทำบัตรคิวรับตัวอย่าง

ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การจัดทำแนวทางการรับตัวอย่างนอกสถานที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี เป็นแนวทาง ต้นแบบเบื้องต้น ทั้งนี้หากจะดำเนินการให้บริการรับตัวอย่างนอกสถานที่ยังต้องมีการดำเนินงานด้านการประสานงาน ขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เป็นจุดรับรวบรวมตัวอย่าง และทำความเข้าใจกับผู้รับบริการที่ประสงค์จะใช้บริการ ดังกล่าว ในกรณีที่ตัวอย่างมีความเร่งด่วนต้องส่งทันที ผู้รับบริการไม่สามารถรอรอบการเข้ารับตัวอย่างของศูนย์ได้ จะต้องส่งตัวอย่างมาด้วยตนเองเช่นเดิม ดังนั้นแนวทางการรับตัวอย่างนอกสถานที่ๆ ยังต้องมีการปรับปรุงตามความ เหมาะสมกับสถานการณ์จริง โดยควรคัดเลือกจังหวัดจะดำเนินการนำร่องในการรับตัวอย่างนอกสถานที่ โดยพิจารณา เลือกจังหวัดที่มีปริมาณการส่งตัวอย่างสูง นำมาดำเนินการพร้อมติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยนำมา ปรับปรุงแนวทางและข้อจำกัดของการรับตัวอย่างนอกสถานที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี (ฉบับ ร่าง) ต่อไป เพื่อให้ได้แนวทางที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.3.6 การดำเนินงานด้านบริหารคุณภาพ

ผู้จัดการคุณภาพสรุปภาพรวมของผลการดำเนินงานตามแผนบริหารคุณภาพหน่วยงานปี 2568 รอบ 12 เดือน ดังนี้

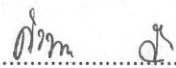
- แผนการนำนโยบายคุณภาพไปสู่การปฏิบัติ ตัวชี้วัดจำนวนนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือ พัฒนาต่อยอดร้อยละ 64.7 (เป้าหมาย 17 เรื่อง ดำเนินการได้ 6 เรื่อง)
- แผนการจัดการความรู้ ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100
- แผนการสอบเทียบ (ดำเนินการได้ร้อยละ 98.44 สาเหตุไม่ได้ตามแผนเนื่องจากเครื่องมือชำรุด)
- แผนพัฒนาบุคลากร ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100
- แผนการเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญ ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100
- แผนการตรวจติดตามภายใน ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100

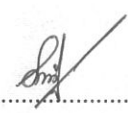
- แผนบริหารความเสี่ยง ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100
- แผนควบคุมภายใน ควบคุมงานสำเร็จ 2 งาน คือ ธุรการและสารสนเทศ ไม่สำเร็จคืองานรับตัวอย่างพบการร้องเรียนรายงานการทดสอบผิดพลาด
- แผนบำรุงรักษาและปรับปรุงระบบสารสนเทศ (IT) ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100
- แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัย (Safety) ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100
- แผนดูแลและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐาน ดำเนินการได้สำเร็จตามแผนร้อยละ 100

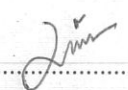
วาระที่ 6 เรื่องอื่นๆ

ไม่มี

ปิดประชุม 15.00 น.

ผู้จัดทำรายงานการประชุม
(นางสาวศิวนาถ สำเภา)
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวสุภาภรณ์ ไสบุญ)
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

ผู้รับรอง
(นางสาวเขมิกา เหมโลหะ)
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ