แผนปฏิบัติราชการ

ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

คำนำ

โรงพยาบาลสิรินธร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ตั้งอยู่บริเวณเขตประเวศ กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดการด้านแพทยศาสตรศึกษา ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ พัฒนางานวิชาการและด้านบริการรักษา และปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ให้แก่ประชาชนบริเวณกรุงเทพฯโซนตะวันออก (นอกเหนือขอบเขตการรักษาของโรงพยาบาลอื่น ๆ) ดังนั้น งานนโยบายและแผน ฝ่ายวิชาการและแผนงาน จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลสิรินธร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้มีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร สอดคล้องกับแผนปฏิบัติราชการของสำนักการแพทย์และกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๒๐ ปี อีกทั้งยังสอดคล้องกับงบประมาณรายจ่ายของกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่หน่วยงานได้รับ

ดังนั้น จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลสิรินธร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ฉบับนี้ จะเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อให้องค์กรสามารถพัฒนาหรือก้าวไปข้างหน้า ได้อย่างมั่นคง และจะส่งผลให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนชาวกรุงเทพมหานครต่อไป

ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

คำนำ ..... ก

สารบัญ ..... ข

สาระสำคัญของแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ..... ๑

สรุปโครงการและงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ..... ๗

โครงการ/กิจกรรมยุทธศาสตร์ตามแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ..... ๗

โครงการ/กิจกรรมตามภารกิจสำคัญของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน) ๘

บัญชีรายการโครงการ/กิจกรรมประจำพื้นฐาน ๙

แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ..... ๑๐

ตาราง ก. แสดงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การพัฒนากรุงเทพมหานคร (ตามแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖) ๑๐

ตาราง ข. แสดงตัวชี้วัดตามภารกิจสำคัญของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน) ๓๗

ตาราง ค. แสดงตัวชี้วัดจากการเจรจาตกลงการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ..... ๔๑

ตาราง ง. แสดงตัวชี้วัดและโครงการ/กิจกรรมสนับสนุนภารกิจตามองค์ประกอบที่ ๔ และ ๕ ..... ๕๔

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม ๕๕

สาระสำคัญของแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖

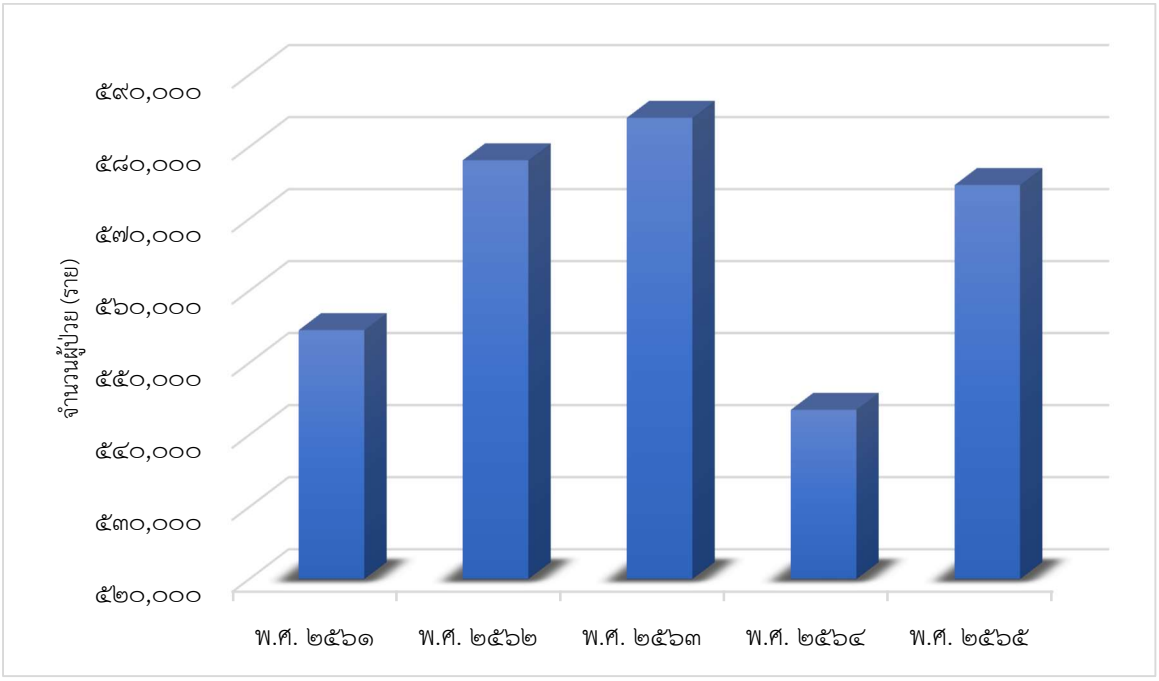
โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์

ข้อมูลทั่วไป/สถานการณ์ของพื้นที่

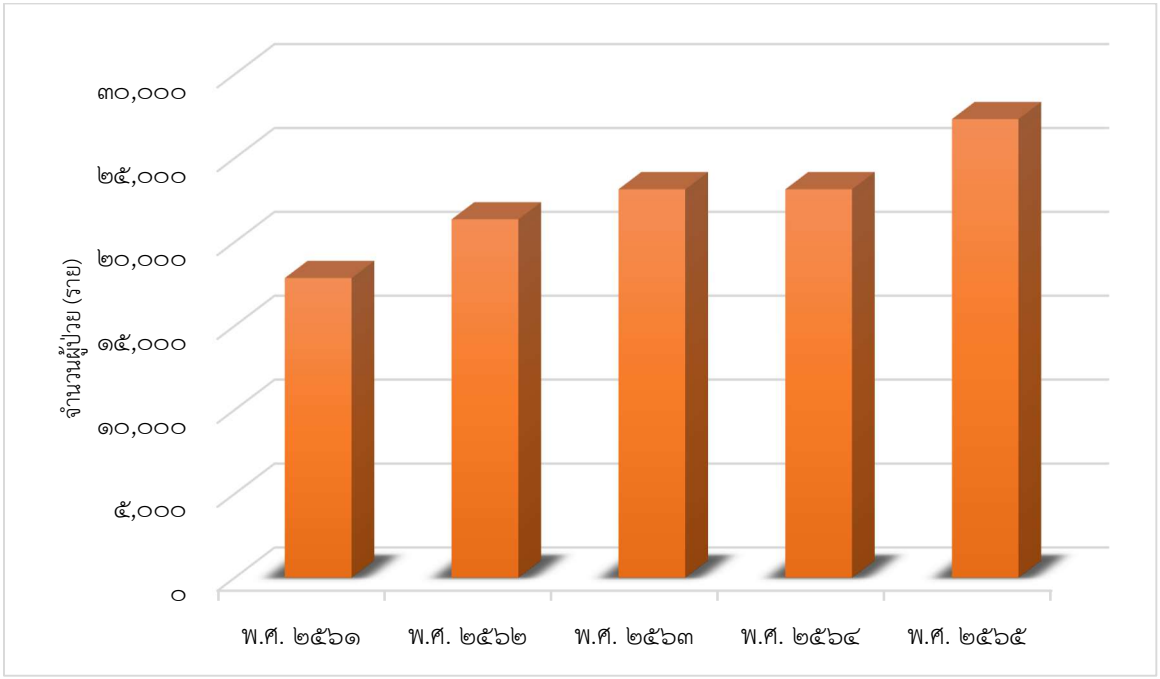
โรงพยาบาลสิรินธร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ตั้งอยู่ในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดการด้านแพทยศาสตรศึกษา ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ พัฒนางานวิชาการและด้านบริการรักษา และปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องให้แก่ประชาชนบริเวณกรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันออก รวมถึงการรักษาที่นอกเหนือขอบเขตการรักษาของโรงพยาบาลอื่น ๆ มีจำนวนเตียงทั้งสิ้น ๓๙๗ เตียง (ข้อมูล ณ วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕)

แผนที่แสดงที่ตั้งของโรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์

จากการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสิรินธร พบว่า ผู้มารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ มีประชาชนมาใช้บริการลดลงและเพิ่มขึ้นจากเดิมอันเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) โดยผู้ป่วยนอกมีจำนวน ๕๗๔,๖๘๒ ราย (ลดลงจากปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๓ ร้อยละ ๑.๖๐) และผู้ป่วยใน มีจำนวน ๒๗,๓๒๘คน (เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๘.๐๗) ดังตารางแผนภูมิ



สถิติผู้ป่วยนอก ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)



สถิติผู้ป่วยใน ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)

โดยประชาชนที่มารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๖๕ สูงสุด ๕ อันดับแรก ยังคงเป็นกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิสัม โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม และโรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่วนกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคการอักเสบทางเดินหายใจส่วนบนจากการติดเชื้อแบบเฉียบพลันและโรคอื่นๆของทางเดินหายใจส่วนบน กลุ่มโรคความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบอลิสัมอื่นๆ โรคปอดอักเสบ (ปอดบวม) โรคกระเพาะอาหารและลำไส้และหัวใจล้มเหลว จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ยังคงเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงโรคของคนเมือง ได้แก่ โรคอ้วน โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ฯลฯ

นอกเหนือจากโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์เขตเมืองแล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Aging Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ ที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากสาเหตุสำคัญสองประการ คืออัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง และอัตราการเสียชีวิตของประชากรลดลง อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโครงสร้างผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ เห็นได้จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ๗๗ จังหวัด โดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ที่พบว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๓ ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ ๑๑,๖๓๓,๒๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๖๒ ร้อยละ ๔.๔๖ โดยกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ ๑,๑๐๘,๙๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย เกิดการเปลี่ยนแปลงให้กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของบุคคลในวัยทำงานลดลง นำไปสู่สถานการณ์ที่สำคัญ คือ ปัญหาสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ครบวงจร ทั้งทางด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและการตรวจประเมินคลินิกทุกปี โดยมีการร่วมดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุแล้วยังเน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้ โดยดำเนินงานผ่านโครงการ กทม. ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง ซึ่งเป็นโครงการที่บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ๓ หน่วยงาน (ไตรภาคี) ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข และสำนักงานเขต ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงภาวะพึ่งพิงระดับมาก เพื่อเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ครบทุกมิติทั้งมิติสุขภาพและสังคม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลต่อเนื่องจนถึงบ้าน

นอกจากนี้ การเปิดเสรีการค้าตามกรอบประชาคมอาเซียน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ และการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างรวดเร็ว มีผลต่อระบบการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ทั้งทางด้านบุคลากร การจัดระบบบริการทางการแพทย์ การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่แฝงมากับการพัฒนา และการเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างประเทศ การลงทุนทางด้านสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งทางโรงพยาบาลสิรินธรได้จัดทำแผนเตรียมความพร้อมรับ สถานการณ์อุบัติเหตุ อุบัติภัย อุทกภัย รวมถึงภัยพิบัติอื่นๆ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางสาธารณสุขในเขตเมืองที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการซ้อมแผนเพื่อรองรับการเกิดสถานการณ์อย่างจริงจัง

ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ถือเป็นอีกหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการ และยังเป็นการดำเนินงานที่มีความสำคัญตามยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานครมาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ๑๒ ปี ระยะที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๕๖ - ๒๕๕๙) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์เร่งรัดการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อให้บริการประชาชนแบบครบวงจรและมีคุณภาพเทียบได้กับมาตรฐานสากล โดยโรงพยาบาลจะต้องผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (HA) โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายนอกที่มาประเมิน ต่อมาในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๕๖ – ๒๕๗๕) ก็ยังได้ให้ความสำคัญด้วยการกำหนดกลยุทธ์ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการ และมาตรฐานบริการสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ไว้ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑“มหานครปลอดภัย” โดยโรงพยาบาลสิรินธร ต้องทำการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (Re Accreditation) และผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยล่าสุดผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Re Accreditation) ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๔ - วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๗

ประกอบกับ โรงพยาบาลสิรินธร ร่วมเป็นคณะกรรมการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกสังกัดกรุงเทพมหานครในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนโดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) แต่ละสาขาของสำนักการแพทย์ ๕ ประการ คือ ลดอัตราตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลารอคอย ยกระดับมาตรฐานการบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

อย่างไรก็ตาม ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โรงพยาบาลสิรินธรได้มุ่งมั่นที่จะพัฒนาการศึกษา ฝึกอบรม พัฒนาทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อันเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาองค์กรให้มีความก้าวหน้าอย่างมีคุณภาพเป็นที่น่าเชื่อถือ และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการแล้ว ยังพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ ทั้งการสร้างผลงานวิจัย นวัตกรรม R2R รวมถึงการพัฒนาทักษะทางดิจิทัลของบุคลากร เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงสู่องค์กรดิจิทัลในอนาคต ควบคู่การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นไปตามมาตรฐานสากลพร้อมด้วยคุณภาพ และให้เป็นไปตามทิศทางการพัฒนาบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด

วิสัยทัศน์ (Vision)

"มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงที่มีบริการมาตรฐานฝั่งกรุงเทพตะวันออก"

พันธกิจ (Mission)

ให้บริการด้านการแพทย์ทุกสาขา เพื่อรองรับประชาชนฝั่งกรุงเทพตะวันออกและท่าอากาศยานนานาชาติสุวรรณภูมิ บริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพมีความพร้อมด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและคุณธรรมและรองรับการเป็นสถาบันร่วมสอนนักศึกษาแพทย์กับสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง การวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ และบูรณาการเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

SRT

S : Smart

บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ รอบรู้ในสาขาวิชาชีพของตน

R : Reliability

เป็นองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ไว้วางใจต่อผู้รับบริการ

T : Teamwork

การทำงานเป็นทีม

เข็มมุ่ง

- ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจต่อการให้บริการ
- ใช้เทคโนโลยีการพบแพทย์เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยนอก
- เสริมสร้างบุคลากรให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี

แนวคิดการเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์และผู้ได้รับผลประโยชน์
Supply Side
กทม. (สำนักฯ)
Demand Side
สาธารณชน (ในภาพรวม)
Social Benefit
(ประโยชน์ต่อสังคมที่เพิ่มขึ้น)
Social Risk Reduction
(ความเสี่ยงของสังคมที่ลดลง)
Social Cost Reduction
(Cost ของสังคมที่ลดลง)
Public Trust & Confidence Enhancement
(ความเชื่อมั่น และมั่นใจในระบบการบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น)
Sustainable Society
(สังคมที่มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน)
ประชาชน/ชุมชน
ผู้รับบริการ
Intelligent ในการ Manage Risk, Cost และสร้าง Health Benefit เพิ่มมากขึ้น
Benefit และ/หรือโอกาสในการสร้าง Benefit per Head เพิ่มมากขึ้น
Cost และการในการดำรงชีวิตและบริการที่ยอมรับได้ต่อสุขภาพของคนโดยรวม (per Head)
Trust & Confidence
ของผู้รับบริการ
(เพิ่มขึ้น)
Service Enhancement for Citizens
(ให้รับบริการ "On Spot" ที่มีคุณภาพและศักยภาพในการดูแลด้วยเวลาได้มากขึ้น)
Citizen's Accessibility
(เข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพได้สะดวกรวดเร็ว และครอบคลุมทุกกลุ่ม)
โรงพยาบาล
Internal Operation Efficency
(คุณภาพการให้บริการที่รวดเร็ว หลากหลาย และมีประสิทธิภาพ และสามารถบริหารจัดการค่าใช้จ่ายได้)
Intellectual/ Information Capital
(การมีฐานข้อมูล และความก้าวหน้าทางความรู้)
การเป็น Role Model ของการให้บริการ พัฒนาความรู้ และบริหารจัดการองค์กร
Macro
Micro
• สามารถสร้างองค์กร เพื่อการพัฒนาและต่อยอดในระยะยาว
(การเก็บและใช้ข้อมูลร่วมกัน, Career Path และ HR Development., Common Infrastructure)
• มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ดี
(ควบคุม ติดตาม ประเมินผล Sharing Goals & Contribution และ QA-QC)
• สามารถเพิ่ม Compatibility และ Coordination ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
(Data, Doctor, Patients และ Resource Transfer, และ Logistics)
• ร่วมสร้างภาพลักษณ์ และอัตลักษณ์ที่เป็น "จุดขาย" ร่วมกัน
(Brand Building, Promotion, กิจกรรม CSR และ Advertising Campaign)
• ร่วมอนุรักษ์สภาพแวดล้อม และดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมและประเพณีที่ดีงาม
(Code of Ethics, Environmental Protection, Core Value, และ Energy Conservation)

นอกจากนี้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ทั้งระลอกแรก และระลอกใหม่ มีการแพร่กระจายอย่างรุนแรงไปในหลายประเทศทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) เป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของโลก” ในฐานะที่โรงพยาบาลสิรินธร ดูแลพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก มีการเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว ดังนี้

๑. การรับมือสถานการณ์ COVID-19

๑.๑ การจัดตั้งศูนย์ศูนย์โรคอุบัติใหม่ โรงพยาบาลสิรินธร เพื่อดำเนินการ ดังนี้

๑.๑.๑ จัดทำขั้นตอนการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

๑.๑.๒ พิจารณา ตัดสินใจการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

๑.๑.๓ อำนวยการ สั่งการ ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๑.๑.๔ แจ้งให้ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทราบถึงสถานการณ์และผลการดำเนินงาน

๑.๑.๕ ตรวจสอบทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เพียงพอกับการรับมือในการดำเนินงานต่อไป

๑.๒ การจัดทำแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan : BCP) เพื่อให้สามารถบริหารจัดการความต่อเนื่องในการดำเนินภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการซ้อมใช้แผนฯ

๒. การรักษาพยาบาล

๒.๑ ให้บริการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอก ตามสิทธิเบิกจ่ายตรง สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาลสิรินธร โดยทำการลงทะเบียนออนไลน์ (ประชาสัมพันธ์ผ่านเพจเฟซบุ๊ค “โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์) และมารับยาบริเวณลานชั้น ๑ อาคารวิจัย

๒.๑ บริหารจัดการเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับปอดและผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยสามารถรองรับผู้ป่วยได้ทุกระดับการรักษา ร่วมกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ สำนักงานเขต และภาคเอกชน

๓. มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting)

๓.๑ แนวปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (COVID Free Environment)

๓.๑.๑ ด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย (Clean and Safe)

- ทำความสะอาดพื้นผิวจุดสัมผัสร่วมเช่นปุ่มกดลิฟต์ราวจับบันไดเลื่อนราวจับรถเข็น เป็นต้น
- จัดให้มีภาชนะรองรับขยะมูลฝอยอย่างเพียงพอ มีฝาปิดมิดชิดและแยกมูลฝอยแต่ละประเภทออกจากกัน และรวบรวมไปกำจัดอย่างถูกสุขลักษณะทุกวัน
- จัดให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างเพียงพอ และจัดวางในบริเวณที่เหมาะสมใช้งานได้สะดวก
- จัดให้มีการพ่นฆ่าเชื้อโรคในพื้นที่แต่ละแผนกเป็นประจำ
- แนะนำให้ใช้การชำระเงินออนไลน์ (E-payment)
- จัดให้ผู้รับผิดชอบติดตาม กำกับ การปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด

๓.๑.๒ ด้านการรักษาระยะห่าง (Distancing)

- ทำสัญลักษณ์เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย ๑ เมตร

- มีระบบจัดคิวและจำกัดจำนวนคนต่อพื้นที่

- ควบคุมการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย ๑ เมตร และมีมาตรการห้ามการรวมตัวกันจุดใดจุดหนึ่ง รวมถึงการจัดโต๊ะ

- เก้าอี้ให้มีระยะห่างที่เหมาะสม

๓.๑.๓ ด้านการระบายอากาศ (Ventilation)

- ทำความสะอาดระบบปรับอากาศทุก ๓ เดือน

- ปรับปรุงพื้นที่เฉพาะให้มีการระบายอากาศที่ดี เช่น ห้องฉุกเฉิน, แผนกทันตกรรม, ICU, Cohort Ward เป็นต้น

- จัดให้มีการบริหารจัดการAir Flow ในพื้นที่แต่ละแผนก เพื่อให้มีการระบายอากาศที่ดี โดยวัดความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ไม่เกิน ๘๐๐ ppm โดยพิจารณาสุ่มตรวจวัดช่วงเวลาที่มีคนจำนวนมาก และในจุดที่มีคนหนาแน่น

๓.๒ แนวปฏิบัติด้านผู้ให้บริการ (COVID Free Personnel)

๓.๒.๑ จัดให้บุคลากรทุกคนต้องได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์

๓.๒.๒ จัดหาชุดตรวจแบบ Antigen Test Kit (ATK) สำหรับตรวจบุคลากร

๓.๒.๓ นำมาตรการ DMHTT มาใช้อย่างเคร่งครัด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก

- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ตามแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์

๒. จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น

๓. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถตามสมรรถนะ

๔. ร้อยละของงานวิจัยที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์

๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD RISK สูง และเข้าสู่กระบวนการและ CVD RISK ลดลง

๘. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพหรือตรวจสุขภาพประจำปี (Geriatric Syndrome)

๙. ร้อยละของเด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีพัฒนาการสมวัย

๑๐. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดี สมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี

๑๑. ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

๑๒. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

๑๓. ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านอนุรักษ์พลังงาน

๑๔. ร้อยละของผู้ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวตามกฎหมายได้รับความช่วยเหลือและฟื้นฟูเบื้องต้น หรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ฐานจากจำนวนผู้ที่เข้าสู่ระบบการช่วยเหลือของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขตามสภาพปัญหาและความต้องการ)

- ตัวชี้วัดภารกิจตามยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน)

๑. จำนวนศูนย์/โครงการที่ดำเนินการสำเร็จ
๒. อัตราความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น ๑ ระดับ
๓. จำนวนโรงพยาบาลที่มีการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน

- ตัวชี้วัดจากการเจรจาตกลงการประเมินผลการปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปีพ.ศ. ๒๕๖๖

๑. จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่าน DSC
๒. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ (สธ.)
๓. จำนวนหลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ศึกษาแพทย์ ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
๔. ร้อยละความสำเร็จในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-Referral
๕. ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)

- ตัวชี้วัดสนับสนุนภารกิจตามองค์ประกอบที่ ๔ และ ๕

๑. ความสำเร็จในการเสนอนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงาน
๒. ความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวม

สรุปโครงการและงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

โครงการ/กิจกรรมยุทธศาสตร์ตามแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับที่	ชื่อโครงการยุทธศาสตร์	งบประมาณ	ส่วนราชการที่รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ๕ กลุ่มโรคสำคัญ ระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรับส่งต่อ
๒	โครงการศูนย์โรคระบบทางเดินหายใจ	๑,๑๒๑,๐๐๐.- (เงินบำรุงสนพ.)	กลุ่มงานอายุรกรรม
๓	โครงการศูนย์โรคติดเชื้อและโรคอุบัติใหม่	๒๗,๐๒๔,๗๙๐.-	กลุ่มงานอายุรกรรม
๔	โครงการจ้างเหมาให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)	๕๐,๐๐๐,๐๐๐.-	กลุ่มงานรังสีวิทยา
๕	การดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดสำนักการแพทย์	๘,๖๒๗,๗๓๕.-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานฝึกอบรม)
๖	โครงการส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขสำนักการแพทย์	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ๒. ฝ่ายการพยาบาล ๓. ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๗	การพัฒนาระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล
๘	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล
๙	การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล
๑๐	การตรวจคัดกรองสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome)	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๑๑	กิจกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล
๑๒	กิจกรรมเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

๑๓	กิจกรรมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ๒. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
๑๔	กิจกรรมการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล
๑๕	โครงการลดใช้พลังงานในอาคารของหน่วยงานในสังกัดสำนักการแพทย์	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ๒. ฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย
๑๖	โครงการศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี (OSCC)	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน
รวมงบประมาณทั้งสิ้น		**๘๖,๗๗๓,๕๒๕.-**	

โครงการ/กิจกรรมตามภารกิจสำคัญของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน)

ลำดับที่	ชื่อโครงการสำคัญ	งบประมาณ	ส่วนราชการที่รับผิดชอบ
๑	โครงการศูนย์ โสต ศอ นาสิก พื้นที่กรุงเทพตะวันออก	ไม่ใช้งบประมาณ	๑. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ๒. ฝ่ายการพยาบาล
๒	หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	๔,๕๐๐,๐๐๐.-	กลุ่มงานอายุรกรรม
๓	ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	๒,๒๕๑,๔๐๐.-	กลุ่มงานอายุรกรรม
๔	โครงการศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๕	การพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
รวมงบประมาณทั้งสิ้น		**๖,๗๕๑,๔๐๐.-**	

บัญชีรายการโครงการ/กิจกรรมประจำพื้นฐาน

ลำดับ	แผนงาน/ผลผลิต/งาน	รายการ/โครงการ	งบประมาณ
๑	แผนงาน บริหารงานกรุงเทพมหานคร	๑. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากร (Happy Work Place) (สก.)	ไม่ใช้งบประมาณ
๒	แผนงาน บริหารงานกรุงเทพมหานคร	๑. โครงการประชุมวิชาการประจำปี	๑๐๑,๐๐๐.-
		๒. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการและการซ้อมแผนอัคคีภัยในโรงพยาบาล	๗๐,๐๐๐.-
		๓. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	๑๐๓,๖๐๐.-
รวมงบประมาณทั้งสิ้น			**๒๗๔,๖๐๐.-**

แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖

ตาราง ก. แสดงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การพัฒนากรุงเทพมหานคร (ตามแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานครประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖)

<table>
<tr><th>กลยุทธ์
(ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)</th><th>ตัวชี้วัดมาตรการ
(ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)</th><th>นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด</th><th>โครงการ/กิจกรรม</th></tr>
<tr>
<td>พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ (ก.๑.๕.๒.๑)

พัฒนาบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (กน.๒.๑.๒)

พัฒนา/ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสนับสนุนการยกระดับโรงพยาบาลสู่ระดับที่สูงขึ้น (กน.๓.๓.๔)</td>
<td>๑. ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักการแพทย์ (ผลลัพธ์)

<table>
<tr><th>ปี</th><th>ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>๒๕๖๓</td><td>ร้อยละ ๗๔.๕๔</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๔</td><td>ร้อยละ ๙๑.๙๖</td></tr>
</table>
</td>
<td><u>นิยาม</u>

ความสำเร็จของการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร หมายถึง การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลใน สำนักการแพทย์ ประกอบด้วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ออร์โธปิดิกส์ หัวใจและหลอดเลือด

ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ ๘๐

วิธีคำนวณ

จำนวนผู้ป่วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ออร์โธปิดิกส์ หัวใจและหลอดเลือด ที่ส่งต่อสำเร็จในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์หารด้วย จำนวนผู้ป่วย ๕ โรคสำคัญที่ต้องการส่งต่อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐</td>
<td>๑. เพิ่มประสิทธิภาพการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ๕ กลุ่มโรคสำคัญ ระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์

ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)

<u>ผู้รับผิดชอบ</u>

๑. กลุ่มงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรับส่งต่อ</td>
</tr>
</table>

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
	๒. จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น (ผลผลิต)	**นิยาม** **โรงพยาบาลโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น** **หมายถึง** โรงพยาบาลที่พัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยความรวดเร็วและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ **ค่าเป้าหมาย** ๓ แห่ง **วิธีการคำนวณ** นับจำนวน	๒. ศูนย์โรคระบบทางเดินหายใจ งบประมาณ ๑,๑๒๑,๐๐๐.- บาท (เงินบำรุงรพ.) (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานอายุรกรรม ๓. โครงการศูนย์โรคติดเชื้อและโรคอุบัติใหม่ : โครงการจัดตั้งศูนย์โรคอุบัติใหม่ งบประมาณรวม ๔๔,๙๒๗,๙๒๘.-บาท (เพิ่มเติม๖๖ ๒๗,๐๒๔,๗๙๐.-บาท เพิ่มเติม๖๗ ๑๗,๙๐๓,๑๓๘.-บาท (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานอายุรกรรม

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
			๔. โครงการจ้างเหมาให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗) งบประมาณ ๕๐,๐๐๐,๐๐๐.- บาท (เงินบำรุงรพ.) (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานรังสีวิทยา
ยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดสำนักการแพทย์ (ก.๑.๕.๒.๒) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามสายวิชาชีพ/สายงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์และรูปแบบบริการ (กน.๑.๑.๒)	๓. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถตามสมรรถนะ (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **การพัฒนาความรู้ ความสามารถตามสมรรถนะ หมายถึง** การได้รับการพัฒนาผ่านการอบรม/ศึกษา/ประชุมวิชาการ/สัมมนาทางวิชาการ/ดูงาน/ฝึกงาน รวมถึงการพัฒนาความรู้รายบุคคล ในรูปแบบการเรียนรู้และพัฒนา ๗๐:๒๐:๑๐ และแผนพัฒนารายบุคคลด้านดิจิทัล (IDP) **บุคลากร หมายถึง** ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักการแพทย์	๕. การดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดสำนักการแพทย์ งบประมาณรวม ๘,๖๒๗,๗๓๕.-บาท (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ฝ่ายวิชาการและแผนงาน - งานฝึกอบรม

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ **วิธีคำนวณ** จำนวนข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักการแพทย์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผ่านการเข้าร่วมโครงการ การไปศึกษา การฝึกอบรม การประชุม การสัมมนา การดูงาน การปฏิบัติการวิจัย การทำนวัตกรรม และการทำ R๒R หารด้วย ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักการแพทย์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ คูณด้วย ๑๐๐	

<table>
<tr>
<th>กลยุทธ์
(ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)</th>
<th>ตัวชี้วัดมาตรการ
(ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)</th>
<th>นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด</th>
<th>โครงการ/กิจกรรม</th>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>๔. ร้อยละของงานวิจัยที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ (ผลลัพธ์)

<table>
<tr><th>ปี</th><th>ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>๒๕๖๔</td><td>นวัตกรรม ๖ เรื่อง
ร้อยละ ๙๕.๗๔</td></tr>
<tr><td>๒๕๖๕</td><td>นวัตกรรม ๑๑ เรื่อง
ร้อยละ ๑๐๐</td></tr>
</table>
</td>
<td>นิยาม

งานวิจัยที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง

งานวิจัยของข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญที่เกิดขึ้นจากการไปศึกษา ฝึกอบรม หรือทำขึ้นเพื่อการเลื่อนระดับและได้มีการนำผลงานนั้นมาใช้ในส่วนราชการของตนเอง

ค่าเป้าหมาย

๑) งานวิจัยเพื่อเลื่อนระดับ จำนวน ๓ เรื่อง

๒) งานวิจัยพัฒนา

๒.๑ จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัยที่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐

๒.๒ จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัย best practice best service ที่นำไปใช้จริงจากงานทั้งหมดในปีนั้นๆ ร้อยละ ๕๐</td>
<td>๖. โครงการส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักการแพทย์ (ดำเนินการ)

<u>ผู้รับผิดชอบ</u>

๑. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

๒. ฝ่ายการพยาบาล

๓. ฝ่ายวิชาการและแผนงาน</td>
</tr>
</table>

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		วิธีการคำนวณ **๑) งานวิจัยเพื่อเลื่อนระดับ จำนวน ๓ เรื่อง** นับจำนวน **๒) งานวิจัยพัฒนา** **๒.๑ จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัยที่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐** จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัยในปี ๒๕๖๖ ลบด้วย จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัยในปี ๒๕๖๕ หารด้วย จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัยในปี ๒๕๖๕ คูณด้วย ๑๐๐ **๒.๒ จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัย best practice best service ที่นำไปใช้จริงจากงานทั้งหมดในปีนั้น ๆ ร้อยละ ๕๐** จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัย best practice best service ที่นำไปใช้จริง หารด้วย จำนวนนวัตกรรม/R to R ผลงานวิจัย best practice best service ทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ คูณด้วย ๑๐๐	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
คัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ก.๑.๕.๓.๑) พัฒนาบริการทางการแพทย์สาขาหลักและรองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (กน.๒.๑.๒)	๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ผลลัพธ์) ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๔ = ร้อยละ ๔๔.๑๘	**<u>นิยาม</u>** **๑. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง** ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ๙ แห่ง ซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ ๒ ครั้งใน ๖ เดือน หรือ ≥ ๓ ครั้งใน ๑ ปีโดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD - 10 TM,ICD-10,ICD - 9 ดังที่ระบุ ไว้นี้ (E10, E11, E12, E13, E14) **๒. เบาหวานที่สามารถควบคุมได้ หมายถึง** ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ดังนี้ (๑) ค่าระดับ HbA๑c ค่าระดับครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ (๒) ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ๗๐-๑๓๐ มก./ดล. โดยเป็นค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามในคลินิกตามนัด <u>หมายเหตุ</u> ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้	๗. การพัฒนาระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **<u>ผู้รับผิดชอบ</u>** ๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๘ **วิธีคำนวณ** จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปีงบประมาณ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณเดียวกัน คูณด้วย ๑๐๐	
	๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **๑. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง** ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ๙ แห่ง ซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ ๒ ครั้งใน ๖ เดือน หรือ ≥ ๓ ครั้งใน ๑ ปี โดยมีรหัสโรคตาม ICD – 10 TM, ICD – 10, ICD – 9 ดังที่ระบุไว้นี้ (I 10, I 11, I 12, I 13,I 14, I 15)	๘. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๔ = ร้อยละ ๒๔.๑๕	**๒.ความดันโลหิตสามารถควบคุมได้ หมายถึง** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ตามเกณฑ์ดังนี้ ๒.๑ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. ๒.๒ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วมมีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน < ๑๔๐/๘๐ มม.ปรอท. **ค่าเป้าหมาย** ≥ ร้อยละ ๔๕ **วิธีการคำนวณ** จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในปีงบประมาณ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณเดียวกัน คูณด้วย ๑๐๐	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
	๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD RISK สูง และเข้าสู่กระบวนการ และ มี CVD RISK ลดลง (ผลลัพธ์) ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๔ = ร้อยละ ๕๓.๔๖	**นิยาม** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ ๓๕-๖๐ ปีที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาทิ การได้รับยาลดไขมันการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ ฯลฯ แล้วมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง < ๒๐% **๑. ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และมีความเสี่ยงสูง หมายถึง** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ ๓๕-๖๐ ปีที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐%	๙. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		๒. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาในโรงพยาบาล **๓. การเข้าสู่กระบวนการ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐% ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเสี่ยง เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องงดบุหรี่ การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ลดไขมัน ลดเกลือ เป็นต้น และ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาทิ การได้รับยาลดไขมันการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ ฯลฯ	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E10. - E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10. - E14. ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10 - I15 ยกเว้นรหัส I11.0,I11.9, I13.0,I13.1, I13.2, I13.9 และรหัส I10 - I15 ร่วมกับ I60 - I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการประเมิน Thai CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง (โดยใช้ผลเลือดในการคำนวณ) **ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖** <u>(เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการประเมินหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ๖ เดือน)</u> **ค่าเป้าหมาย** ร้อยละ ๓๕	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		วิธีการคำนวณ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ ๓๕-๖๐ ปีที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐% เข้าสู่กระบวนการ แล้วมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง หารด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ ๓๕-๖๐ ปีที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐% ทั้งหมด คูณ ๑๐๐	

<table>
<tr><th>กลยุทธ์
(ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)</th><th>ตัวชี้วัดมาตรการ
(ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)</th><th>นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด</th><th>โครงการ/กิจกรรม</th></tr>
<tr><td></td><td>๘. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ (Geriatric Syndrome) (ผลลัพธ์)

<table><tr><th>ปี</th><th>ผลการดำเนินงาน</th></tr><tr><td>๒๕๖๓</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td></tr><tr><td>๒๕๖๔</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td></tr></table></td><td>นิยาม
๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ
๒. การคัดกรองกลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ หมายถึง การบริการตรวจคัดกรองตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด

ค่าเป้าหมาย
ร้อยละ ๗๕

วิธีการคำนวณ
จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ หารด้วย จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐</td><td>๑๐. การตรวจคัดกรองสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome)
ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)

<u>ผู้รับผิดชอบ</u>
กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</td></tr>
</table>

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ส่งเสริมพัฒนาการการเจริญเติบโตของเด็กอย่างเต็มตามศักยภาพ (ก.๑.๕.๓.๒) พัฒนาบริการทางการแพทย์สาขาหลักและรองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (กน.๒.๑.๒)	๙. ร้อยละของเด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีพัฒนาการสมวัย (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **เด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) หมายถึง** เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน **พัฒนาการสมวัย หมายถึง**เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (1B260) **ค่าเป้าหมาย** ร้อยละ ๘๕	๑๑. กิจกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		วิธีการคำนวณ จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก และ จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน(1B260) หารด้วย จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมด ที่รับบริการในโรงพยาบาล	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
	๑๐. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +๑.๕ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง **สูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน	๑๒. กิจกรรมเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐–๕ ปี ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กเพศหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน **ค่าเป้าหมาย** - ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน = ร้อยละ ๖๘ - ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ช = ๑๑๓ ซม. ญ = ๑๑๒ ซม. **วิธีการคำนวณ** **ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปีสูงดีสมส่วน** จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปีสูงดีสมส่วน หารด้วย จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง หารด้วย จำนวนประชากรชายอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ **ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี** ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง หารด้วย จำนวนประชากรหญิงอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	
เพิ่มอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ (๑.๕.๖.๑)	๑๑. ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ผลลัพธ์)	**<u>นิยาม</u>** **ความครอบคลุม** หมายถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์	๑๓. กิจกรรมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาบริการทางการแพทย์สาขาหลักและรองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (กน.๒.๑.๒)	ปี ๒๕๖๓ : ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๙๙.๙๐	**กลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ ๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ประกอบด้วย - หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์๔ เดือนขึ้นไป - เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๒ ปีทุกคน - ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน - บุคคลที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ทุกคน - ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ - ธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) - โรคอ้วน (น้ำหนัก > ๑๐๐ กิโลกรัม หรือ BMI > ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร ๒. บุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัส โรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และไข้หวัดนก ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้อาจเป็นผู้แพร่โรคต่อไปยังผู้มีความเสี่ยงต่อโรคสูง และ/	**ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ๒. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		หรือเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และไข้หวัดนกพร้อมๆ กัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนกได้ ได้แก่ - แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลทั้งที่ทำงานในหอผู้ป่วย และตึกผู้ป่วยนอก รวมถึงนักศึกษาฝึกงานในแต่ละวิชาชีพ - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการสอบสวนควบคุมโรค - เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครทำลายซากสัตว์ปีกและสัตว์อื่นที่สงสัยติดเชื้อไข้หวัดนก - เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ **วัคซีนไข้หวัดใหญ่ หมายถึง** วัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และข้าราชการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนจากสปสช. สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๑ **วิธีคำนวณ** จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หารด้วย จำนวนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการการจัดสรรจากกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. (Dose) คูณด้วย ๑๐๐	
ค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาด (ก.๑.๕.๖.๒) พัฒนาบริการทางการแพทย์สาขาหลักและรองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (กน.๒.๑.๒)	๑๒. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ผลลัพธ์) ปี / ผลการดำเนินงาน ๒๕๖๔ / ร้อยละ ๘๘.๙๕ ๒๕๖๓ / ร้อยละ ๘๙.๒๓	**นิยาม** **๑ ความสำเร็จของการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ **๑.๑ รักษาหาย (Cured)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา **๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจ	๑๔. กิจกรรมการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		เสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **๒ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วย วัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๘ **วิธีการคำนวณ** จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) คูณด้วย ๑๐๐	

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
การดำเนินมาตรการประหยัดพลังงานในหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร (ก.๒.๔.๑.๓) พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม (กน.๑.๑.๔)	๑๓. ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านอนุรักษ์พลังงาน (ผลผลิต)	**นิยาม** **การอนุรักษ์พลังงาน หมายถึง** การใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด การอนุรักษ์พลังงานนอกจากจะช่วยลดปริมาณการใช้พลังงาน ซึ่งเป็นการประหยัด ค่าใช้จ่ายในหน่วยงานแล้ว ยังจะช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากแหล่งที่ใช้และผลิตพลังงานด้วย การสร้างนโยบายด้านพลังงานของรัฐบาลเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการใช้พลังงานอย่างคุ้มค่า **ค่าเป้าหมาย** ๑ โครงการ/ปี **วิธีคำนวณ** นับจำนวน	๑๕. โครงการลดใช้พลังงานในอาคารของหน่วยงานในสังกัดสำนักการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) โครงการประกวดการประหยัดพลังงานในโรงพยาบาลสิรินธร “SRT Saving Energy Award “ **ผู้รับผิดชอบ** ๑. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ๒. ฝ่ายซ่อมบำรุงและกำจัดของเสีย

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
มีระบบการป้องกันและช่วยเหลือผู้ถูกกระทำความรุนแรงและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ความรุนแรงในครอบครัวเพื่อป้องกันการตกเป็นเหยื่อและการค้ามนุษย์ (ก.๓.๑.๔.๑)	๑๔. ร้อยละของผู้ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวตามกฎหมายได้รับความช่วยเหลือและฟื้นฟูเบื้องต้นหรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ฐานจากจำนวนผู้ที่เข้าสู่ระบบการช่วยเหลือของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขตามสภาพปัญหาและความต้องการ) (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **ความรุนแรงในครอบครัว หมายถึง** การกระทำใดๆ ที่บุคคลในครอบครัวได้กระทำต่อกันโดยเจตนาให้เกิดหรือในลักษณะที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย จิตใจ สุขภาพ เสรีภาพ หรือชื่อเสียง ของบุคคลในครอบครัว หรือบังคับหรือใช้อำนาจครอบงำผิดคลองธรรมให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำการ ไม่กระทำการ หรือยอมรับการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดโดยมิชอบ **บุคคลในครอบครัว หมายถึง** บุพการี ผู้สืบสันดาน คู่สมรส คู่สมรสเดิม ผู้ที่อยู่กิน หรือเคยอยู่กินฉันสามีภริยาโดยมิได้จดทะเบียนสมรส บุตรบุญธรรม รวมทั้งบุคคลใดๆ ที่ต้องพึ่งพา อาศัยและอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน เป็นต้น **ได้รับความช่วยเหลือและฟื้นฟู หมายถึง** การได้รับการรักษา ให้คำปรึกษา/แนะนำ และส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ	๑๖. โครงการศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี (OSCC) งบประมาณ ๑,๓๑๔,๐๐๐.- บาท (เงินบำรุงรพ.) (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน : OSCC

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ **วิธีคำนวณ** จำนวนผู้ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือและฟื้นฟูเบื้องต้นหรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หารด้วยจำนวนผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	

ตาราง ข. แสดงตัวชี้วัดตามภารกิจสำคัญของหน่วยงาน (ยุทธศาสตร์หน่วยงาน)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**ตัวชี้วัดมาตรการ** (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด**	**โครงการ/กิจกรรม**
พัฒนาบริการทางการแพทย์สาขาหลักและรองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (กน.๒.๑.๒)	๑๕. จำนวนศูนย์/โครงการที่ดำเนินการสำเร็จ (ผลผลิต)	**นิยาม** **ศูนย์/โครงการที่ดำเนินการสำเร็จ หมายถึง** ศูนย์/โครงการที่ส่วนราชการสามารถเปิดให้บริการได้ภายในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ **ค่าเป้าหมาย** เปิดให้บริการได้ภายในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ **วิธีการคำนวณ** นับจำนวน	๑๗. โครงการศูนย์ โสต ศอ นาสิก พื้นที่กรุงเทพตะวันออก ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ๒. ฝ่ายการพยาบาล ๑๘. หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗) งบประมาณ ๔,๕๐๐,๐๐๐.- บาท (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานอายุรกรรม ๑๙. ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร งบประมาณรวม ๒,๒๕๑,๔๐๐.-บาท (งบประมาณ ๑,๘๐๐,๐๐๐.-บาท เงินบำรุงรพ. ๔๕๑,๔๐๐. -บาท) (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานอายุรกรรม

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
	๑๖. อัตราความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น ๑ ระดับ (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **๑. ผู้ป่วย หมายถึง** ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน Barthel ADL Index < ๑๕ **๒. ผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึง** ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel ADL Index ได้ค่า < ๑๕ คะแนน หรือ ≥ ๑๕ คะแนน ร่วมกับ multiple impairments จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel ADL index = ๒๐ ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ **ค่าเป้าหมาย** ร้อยละ ๘๐	๒๐. โครงการศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		วิธีการคำนวณ จำนวนผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน Barthel ADL Index ได้ค่า < ๑๕ คะแนน หรือ ≥ ๑๕ คะแนนร่วมกับ multiple impairments ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลทางอย่างต่อเนื่อง และมี Barthel ADL Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ระดับ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน Barthel ADL Index ได้ค่า < ๑๕ คะแนน หรือ ≥ ๑๕ คะแนนร่วมกับ multiple impairments ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คูณด้วย ๑๐๐	
ผลักดันและพัฒนาให้มีการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเชิงบูรณาการ (ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน) (กน.๒.๓.๖)	๑๗. จำนวนโรงพยาบาลที่มีการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน (ผลผลิต)	**นิยาม** **การแพทย์แผนไทย** หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา ป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และหมายความรวมถึงการเตรียม การผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา (ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒)	๒๑. การพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย โดยให้การแพทย์อื่นๆ ที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด **โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีบริการการแพทย์แผนไทย / การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการดูแลรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง** โรงพยาบาลสังกัด สำนักการแพทย์ที่มีบริการการแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์ทางเลือก (ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒) เช่น นวด การประคบ การอบ การฝังเข็ม การนวดและประคบ การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การรับยาสมุนไพร นวดแผนไทยแบบราชสำนัก เป็นต้น โดยอาจมีหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือกดังกล่าว ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน **ค่าเป้าหมาย** เปิดให้บริการ **วิธีการคำนวณ** นับจำนวน	

ตาราง ค. แสดงตัวชี้วัดจากการเจรจาตกลงการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖
<u>องค์ประกอบที่ ๑ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานภารกิจหลักตามยุทธศาสตร์กรุงเทพมหานคร</u>

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๑.๕ เมืองสุขภาพที่ดี (Healthy City)

เป้าประสงค์ที่ ๑.๕.๒ ความครอบคลุมในการจัดให้มีระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ

กลยุทธ์ที่ ๑.๕.๒.๑ พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑	จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่าน DSC	๑ ศูนย์	กลุ่มงานอายุรกรรม
๒	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ (สธ.)	ร้อยละ ๕๐	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (รวบรวมข้อมูล)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ (ก ๑.๕.๒.๑)	๑๘. จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่าน DSC (ผลผลิต) (ระบบใหม่)	**นิยาม** **ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ หมายถึง** ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๒๒. โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมินรายโรคหรือระบบ (DSC)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**ตัวชี้วัดกลยุทธ์** (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด**	**โครงการ/กิจกรรม**
พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางผ่าน DSC และการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (กน. ๒.๑.๑)		โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์แล้ว จำนวน ๘ ศูนย์ ประกอบด้วย ๑. ศูนย์จักษุวิทยา โรงพยาบาลกลาง ๒. ศูนย์ผ่าตัดกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกลาง ๓. ศูนย์ศัลยกรรมโรคอ้วน โรงพยาบาลกลาง ๔. ศูนย์ส่องกล้องและผ่าตัดผ่านกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลกลาง ๕. ศูนย์สมองและหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตากสิน ๖. ศูนย์เบาหวานและเมตาบอลิก โรงพยาบาลตากสิน ๗. ศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้อง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ๘. ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ **การประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification – DSC หมายถึง** การรับรองเฉพาะ	**ระบบการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Disease Specific Certification for HIV-STIs)** ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. กลุ่มงานอายุรกรรม ๒. ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		โรค/เฉพาะระบบโดยใช้มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards; PDSS) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สรพ. **ค่าเป้าหมาย** ๑ ศูนย์ **วิธีการคำนวณ** นับจำนวน **วิธีการเก็บข้อมูล/หลักฐาน** หนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification - DSC	

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่าน DSC”

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละความสำเร็จ	วิธีวัดผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ๑ ศูนย์ ผ่านการรับรองการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ Disease Specific Certification – DSC หรือมีการส่งหนังสือแสดงความจำนงเพื่อขอรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ Disease Specific Certification – DSC ไปยังสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)	๒๐ คะแนน
๔	ร้อยละ ๙๐	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์มีการจัดทำเอกสาร ผลงานเด่น/ผลงานวิจัยที่แสดงการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วย ๓ – ๕ เรื่อง เพื่อขอรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ Disease Specific Certification – DSC	๑๘ คะแนน
๓	ร้อยละ ๘๐	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ มีการจัดทำเอกสาร CPG การดูแลผู้ป่วยโรค/หัตถการงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ Disease Specific Certification – DSC	๑๖ คะแนน
๒	ร้อยละ ๗๐	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ มีการจัดทำเอกสารรายงานการประเมินตนเอง เพื่อขอรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ Disease Specific Certification – DSC	๑๔ คะแนน
๑	ร้อยละ ๕๐	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ Disease Specific Certification – DSC	๑๐ คะแนน

ร่างหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๑.๕ เมืองสุขภาพที่ดี (Healthy City)

เป้าประสงค์ที่ ๑.๕.๒ ความครอบคลุมในการจัดให้มีระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ

กลยุทธ์ที่ ๑.๕.๒.๓ พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**ตัวชี้วัดกลยุทธ์** (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด**	**โครงการ/กิจกรรม**
พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (ก.๑.๕.๒.๑) สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภาครับและเอกชนในการพัฒนา/เพิ่มศักยภาพบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กน.๒.๕.๘)	๑๙. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพ ที่ ๑๓ (สธ.) (ผลลัพธ์) ผลการดำเนินงาน ปี๒๕๖๕ สำเร็จ ๔๗.๘๓ ไม่สำเร็จ ๑๓.๐๔ ไม่ได้ดำเนินการ ๓๙.๑๓	**ความสำเร็จในการดำเนินงาน หมายถึง** การดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมายที่กำหนดในตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร **ค่าเป้าหมาย** ร้อยละ ๕๐ **วิธีการคำนวณ** จำนวนตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ ที่สำนักการแพทย์ดำเนินการได้สำเร็จ หารด้วย จำนวนตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ ที่เกี่ยวข้องกับสำนักการแพทย์ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	๒๓. โครงการการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ๑. ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (รวบรวมข้อมูล) ๒. ฝ่ายการพยาบาล ๓. กลุ่มงานอายุรกรรม ๔. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๕. กลุ่มงานจิตเวช

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**ตัวชี้วัดกลยุทธ์** (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	**นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด**	**โครงการ/กิจกรรม**
		วิธีการเก็บข้อมูล/หลักฐาน ๑. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพ ที่ ๑๓ เป็นรายไตรมาส ผ่านแบบฟอร์มที่กำหนด	๖. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา ๗. กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ๘. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ๙. ห้องผ่าตัด (ODS)

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพ ที่ ๑๓ (สธ.)”

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละความสำเร็จ	วิธีวัดผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	ดำเนินการตามที่กำหนดในตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้สำเร็จมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐	๑๕ คะแนน
๔	ร้อยละ ๙๐	ดำเนินการตามที่กำหนดในตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้สำเร็จร้อยละ ๔๕ – ๔๙.๙๙	๑๓.๕๐ คะแนน
๓	ร้อยละ ๘๐	ดำเนินการตามที่กำหนดในตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้สำเร็จร้อยละ ๔๐ – ๔๔.๙๙	๑๒ คะแนน
๒	ร้อยละ ๗๐	ดำเนินการตามที่กำหนดในตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้สำเร็จร้อยละ ๓๕ – ๓๙.๙๙	๑๐.๕๐ คะแนน
๑	ร้อยละ ๖๐	ดำเนินการตามที่กำหนดในตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้สำเร็จน้อยกว่าร้อยละ ๓๕	๙ คะแนน

<u>องค์ประกอบที่ ๒ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานภารกิจตามนโยบายของผู้บริหารหรือภารกิจพิเศษ</u>

สอดคล้องกับนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติสุขภาพดี นโยบาย การรักษาและส่งตัวผู้ป่วยไร้ร้อยต่อ ด้วยการบูรณาการข้อมูล
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเมืองปลอดภัยและหยุ่นตัวต่อวิกฤตการณ์
ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๑.๕ เมืองสุขภาพที่ดี (Healthy City)
เป้าประสงค์ที่ ๑.๕.๒ ความครอบคลุมในการจัดให้มีระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ
กลยุทธ์ที่ ๑.๕.๒.๑ พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑	ร้อยละความสำเร็จในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-Referral	ร้อยละ ๘๐	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ E-Refer)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ (ก.๑.๕.๒.๑)	๒๐.ร้อยละความสำเร็จในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-Referral (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **ความสำเร็จในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-Referral** **หมายถึง** ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบสารสนเทศ e-Referral ให้มารับบริการรักษาต่อที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ โดยโรงพยาบาลสามารถให้วันนัดหมายได้ภายใน ๑ วัน	๒๔. กิจกรรมการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-Referral ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		เพื่อเข้ารับการรักษาต่อ ยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรือไม่เป็นไปตามสิทธิของผู้ป่วย **ค่าเป้าหมาย** ร้อยละ ๘๐ **วิธีการคำนวณ** จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อผ่านระบบ e-referral สำเร็จหารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-referral ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ **วิธีการเก็บข้อมูล/หลักฐาน** เก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล	**ผู้รับผิดชอบ** ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ E-Refer)

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จในการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านระบบ e-Referral”

ระดับ ความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละ ความสำเร็จ	วิธีวัดผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งมีระบบ e-Referral และดำเนินการได้สำเร็จ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๒๐
๔	ร้อยละ ๙๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งมีระบบ e-Referral และดำเนินการได้สำเร็จ ร้อยละ ๗๐-๗๙.๙๙	๑๘
๓	ร้อยละ ๘๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งมีระบบ e-Referral และดำเนินการได้สำเร็จ ร้อยละ ๖๐-๖๙.๙๙	๑๖
๒	ร้อยละ ๗๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งมีระบบ e-Referral และดำเนินการได้สำเร็จ ร้อยละ ๘๕๐-๕๙.๙๙	๑๔
๑	ร้อยละ ๖๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งมีระบบ e-Referral และดำเนินการได้สำเร็จ น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	๑๒

สอดคล้องกับนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติสุขภาพดี นโยบาย หมอถึงบ้าน ผ่าน Telemedicine

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเมืองปลอดภัยและหยุ่นตัวต่อวิกฤตการณ์

ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๑.๕ เมืองสุขภาพที่ดี (Healthy City)

เป้าประสงค์ที่ ๑.๕.๒ ความครอบคลุมในการจัดให้มีระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ

กลยุทธ์ที่ ๑.๕.๒.๑ พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑	ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๓	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (รวบรวมข้อมูล)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ (ก.๑.๕.๒.๑)	๒๑. ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ผลลัพธ์)	**นิยาม** **การให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยระบบโทรเวชกรรม หมายถึง** โรงพยาบาลมีการให้บริการและให้คำปรึกษาด้านการรักษาผู้ป่วยผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วยโรคทั่วไปครอบคลุม ๔๒ กลุ่มโรค/อาการ ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือที่แพทย์เห็นสมควร **ค่าเป้าหมาย**	๒๕. กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) **ผู้รับผิดชอบ** ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (รวบรวมข้อมูล)

กลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดกลยุทธ์ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ผลักดันพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine, Medical robotics การให้บริการรูปแบบใหม่ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (กน.๒.๓.๒)	ปี ผลการดำเนินงาน ๒๕๖๕ ๒,๘๑๐ ราย ๒๕๖๔ ๕,๐๙๙ ราย	ร้อยละ ๓ **วิธีการคำนวณ** จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่รับบริการด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ หารด้วย จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD) ที่รับบริการนปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ **วิธีการเก็บข้อมูล/หลักฐาน** ๑. ตัวอย่างข้อมูลการใช้งานในระบบ HIS ของแต่ละโรงพยาบาล ๒. จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD) ที่รับบริการด้วยระบบ Telemedicine ๓. ภาพถ่ายการให้บริการสถานที่/พื้นที่ให้บริการ	

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ โทรเวชกรรม (Telemedicine) (ผลลัพธ์)”

ระดับ ความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละ ความสำเร็จ	วิธีวัดผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	จำนวนครั้งของผู้รับบริการ Telemedicine คิดเป็นร้อยละ ๓ ของจำนวนครั้งของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	๑๐
๔	ร้อยละ ๙๐	จำนวนครั้งของผู้รับบริการ Telemedicine คิดเป็นร้อยละ ๒.๕ ของจำนวนครั้งของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	๙
๓	ร้อยละ ๘๐	จำนวนครั้งของผู้รับบริการ Telemedicine คิดเป็นร้อยละ ๒ ของจำนวนครั้งของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	๘
๒	ร้อยละ ๗๐	จำนวนครั้งของผู้รับบริการ Telemedicine คิดเป็นร้อยละ ๑.๕ ของจำนวนครั้งของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	๗
๑	ร้อยละ ๖๐	จำนวนครั้งของผู้รับบริการ Telemedicine คิดเป็นร้อยละ ๑ ของจำนวนครั้งของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด	๖

ตาราง ง. แสดงตัวชี้วัดและโครงการ/กิจกรรมสนับสนุนภารกิจตามองค์ประกอบที่ ๔ และ ๕

<u>องค์ประกอบที่ ๔ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม ในการบริหารจัดการระบบงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อนำไปสู่ระบบราชการ ๔.๐</u>

ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรมและส่วนราชการที่รับผิดชอบ
๒๒. ความสำเร็จในการเสนอนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	ตามที่ สกก. กำหนด	๒๖. โครงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของสำนักการแพทย์ (ทุกส่วนราชการ) **<u>ผู้รับผิดชอบ</u>** กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

<u>องค์ประกอบที่ ๕ ศักยภาพในการดำเนินงานของหน่วยงาน</u>

ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรมและส่วนราชการที่รับผิดชอบ
๒๓. (๕.๑) ความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวม	ตามที่ สงม.กำหนด	๒๗. การเบิกจ่ายงบประมาณตามแผน (ทุกส่วนราชการ) **<u>ผู้รับผิดชอบ</u>** ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม

(ยุทธศาสตร์การพัฒนากรุงเทพมหานคร ยุทธศาสตร์หน่วยงาน และภารกิจงานจากการเจรจาตกลงฯ ตามแผนปฏิบัติราชการกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖)

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในและนอกสังกัดสำนักการแพทย์ (ผลลัพธ์)

ชื่อโครงการที่ ๑ โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ๕ กลุ่มโรคสำคัญ ระหว่างโรงพยาบาลในและนอกสังกัดสำนักการแพทย์
(โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรับส่งต่อ)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** การรักษาและส่งตัวผู้ป่วยไร้รอยต่อ ด้วยการบูรณาการข้อมูล

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำโครงการเพื่อนำเสนอขออนุมัติ	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนการดำเนินงาน จัดตั้งไลน์กรุ๊ปกับตัวตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาล	๑๐	๒๐	←	→										
๓. เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือ สถานที่	๒๐	๔๐		←	→									
๔. จัดประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามปัญหาและหาแนวทางเพื่อพัฒนาร่วมกัน	๑๐	๕๐		←	→				←	→		←	→	
๕. พัฒนาช่องทางการสื่อสารโดยผ่านทางไลน์กรุ๊ปกับตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาล	๓๐	๘๐		←	→									
๖. ติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด	๒๐	๑๐๐						←	→					→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น (ผลผลิต)

ชื่อโครงการที่ ๒ ศูนย์โรคระบบทางเดินหายใจ (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. สำรวจสถานที่และอุปกรณ์	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหาร	๑๐	๒๐		←	→									
๓. เตรียมสถานที่จัดตั้งศูนย์โรคระบบทางเดินหายใจ	๒๐	๔๐	←		→									
๔. เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร	๓๐	๗๐				←					→			
๕. เปิดบริการ	๒๐	๙๐									←			→
๖. ประเมินผลโครงการและสรุปผลการประเมินผลและเสนอต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ดูเพิ่มเติมในเว็บไซต์ สำนักงบประมาณ กรุงเทพมหานคร
๑๔๑๑๑ ๒๕๖๕ ๒๕๖๖

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น (ผลผลิต)

ชื่อโครงการที่ ๓ โครงการศูนย์โรคติดเชื้อและโรคอุบัติใหม่ (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. สำรวจสถานที่และอุปกรณ์	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหาร	๑๐	๒๐	←	→										
๓. เตรียมสถานที่	๓๐	๕๐			←				→					
๔. ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์	๒๐	๗๐			←			→						
๕. เปิดบริการ	๒๐	๙๐								←			→	
๖. ประเมินผลโครงการและสรุปผลการประเมินผลและเสนอต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ดุลพินิจในการพิจารณาของผู้บริหาร
ดุลพินิจในการพิจารณาของผู้บริหาร พ.ศ. ๒๕๖๓

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนศูนย์/โครงการที่ดำเนินการสำเร็จ

ชื่อโครงการที่ ๔ โครงการจ้างเหมาให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) (กลุ่มงานรังสีวิทยา)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และร่างขอบเขตการจ้างเหมาให้บริการตรวจด้วยเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI)และประกวดราคา	๓๐	๓๐	←	—	—	—	—	→						
๒. เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร	๒๕	๕๕	←	—	—	—	—	—	→					
๓. ติดตั้งเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)	๑๕	๗๐					←	—	→					
๔. เปิดให้บริการ	๓๐	๑๐๐							←	—	—	—	—	→
รวม ๔ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

เอกสารประกอบการประชุมสภากรุงเทพมหานคร สมัยสามัญ พ.ศ. ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๔

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านการแพทย์และสาธารณสุข (สนพ)

ชื่อโครงการที่ ๕ การดำเนินการเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดสำนักการแพทย์

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ - นโยบาย -

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำหนังสือเวียนแจ้งส่วนราชการในสังกัด ให้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของหน่วยงานตามแบบ TN ๑ , TN ๒ , TN ๓	๑๐	๑๐	↔											
๒. จัดทำและรวบรวมแบบสำรวจความจำเป็นในการจัดโครงการ/กิจกรรม/หลักสูตรการฝึกอบรมของแต่ละส่วนราชการเพื่อจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ตามแบบ TN ๑ , TN ๒ , TN ๓	๒๐	๓๐	↔											
๓. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาบุคลากร สำนักการแพทย์ เพื่อพิจารณาโครงการ/กิจกรรม/หลักสูตร ของแต่ละส่วนราชการ	๑๐	๔๐	↔											
๔. เสนอร่างแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของสำนักไปยัง สพข. ตามเวลาที่กำหนด	๑๐	๕๐		↔										
๕. เวียนแจ้งแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ของ กทม. ที่อนุมัติเรียบร้อยแล้ว พร้อมเวียนแจ้งแนวทางการพัฒนาทรัพยากรบุคคล แบบ ๗๐:๒๐:๑๐ และ IDP	๑๐	๖๐			↔									

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๖. แต่ละส่วนราชการดำเนินการตามแผนฯ ที่กำหนด	๒๐	๘๐		←	—	—	—	—	—	—	—	—	→	
๗. ติดตามและรวบรวมผลการดำเนินงานของแต่ละส่วนราชการ	๑๐	๙๐												↔
๘. สรุปผลการดำเนินโครงการ	๑๐	๑๐๐												↔
รวม ๘ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของงานวิจัยที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ (ผลลัพธ์)

ชื่อโครงการที่ ๖ โครงการส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักการแพทย์ (โรงพยาบาลสิรินธร ฝ่ายวิชาการและแผนงาน)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. วางแผนจัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนตัวชี้วัด	๒๐	๒๐	←	—	→									
๒. ดำเนินการขออนุมัติโครงการ	๒๐	๔๐		←	—	→								
๓. ดำเนินโครงการอย่างเป็นระบบ	๔๐	๘๐		←	—	—	—	—	—	—	—	—	→	
๔. รายงานตัวชี้วัด	๑๐	๙๐			↔			↔			↔			↔
๕. สรุปผลโครงการและนำเสนอต่อคณะผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐												↔
รวม ๕ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับใช้ในราชการเท่านั้น

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ผลลัพธ์)

ชื่อโครงการที่ ๗ โครงการการพัฒนาระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** ส่งเสริมกลไกภาคประชาชนสุขภาพดี ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพฯ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. ประชุมวางแผนเตรียมกิจกรรม	๑๐	๑๐	←	→										
๒. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบเขียนโครงการ	๑๐	๒๐	←	→										
๓. เสนอหัวข้อโครงการ	๑๐	๓๐		←	→									
๔. ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดวางแผนงาน	๒๐	๕๐		←	→	→								
๕. สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้	๑๐	๖๐			←	→								
๖. ดำเนินโครงการ	๑๕	๗๕			←	→	→	→	→	→	→	→	→	
๗. เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล	๑๐	๘๕			←	→	→	→	→	→	→	→	→	→
๘. ประเมินผลการดำเนินโครงการ	๑๐	๙๕											←	→
๙. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการต่อผู้บังคับบัญชา	๕	๑๐๐												← →
รวม ๙ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ผลลัพธ์)

ชื่อโครงการที่ ๘ โครงการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** ส่งเสริมกลไกภาคประชาชนสุขภาพดี ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพฯ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. ประชุมวางแผนเตรียมกิจกรรม	๑๐	๑๐	←	→										
๒. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบเขียนโครงการ	๑๐	๒๐	←	→										
๓. เสนอหัวข้อโครงการ	๑๐	๓๐		←	→									
๔. ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดวางแผนงาน	๒๐	๕๐		←	→	→								
๕. สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้	๑๐	๖๐			←	→								
๖. ดำเนินโครงการ	๑๕	๗๕			←	→	→	→	→	→	→	→	→	
๗. เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล	๑๐	๘๕			←	→	→	→	→	→	→	→	→	→
๘. ประเมินผลการดำเนินโครงการ	๑๐	๙๕											←	→
๙. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการต่อผู้บังคับบัญชา	๕	๑๐๐												← →
รวม ๙ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD RISK สูง และเข้าสู่กระบวนการและ มี CVD RISK ลดลง

ชื่อโครงการที่ ๙ โครงการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** ส่งเสริมกลไกภาคประชาชนสุขภาพดี ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพฯ

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. ประชุมวางแผนเตรียมกิจกรรม	๑๐	๑๐	←	→										
๒. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบเขียนโครงการ	๑๐	๒๐	←	→										
๓. เสนอหัวข้อโครงการ	๑๐	๓๐		←	→									
๔. ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดวางแผนงาน	๒๐	๕๐		←	→	→								
๕. สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้	๑๐	๖๐			←	→								
๖. ดำเนินโครงการ	๑๕	๗๕			←	→	→	→	→	→	→	→	→	
๗. เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล	๑๐	๘๕			←	→	→	→	→	→	→	→	→	→
๘. ประเมินผลการดำเนินโครงการ	๑๐	๙๕											←	→
๙. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการต่อผู้บังคับบัญชา	๕	๑๐๐												← →
รวม ๙ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ (Geriatric Syndrome) (ผลลัพธ์)

ชื่อโครงการที่ ๑๐ การตรวจคัดกรองสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี, สร้างสรรค์ดี **นโยบาย** ชมรมผู้สูงอายุ สร้างสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพใจ (Active Aging)

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน	๕	๕	←											
๒. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน	๑๐	๑๕	←											
๓. ประชาสัมพันธ์โครงการ	๑๐	๒๕	←											→
๔. ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	๔๐	๖๕	←											→
๕. สรุปผลการดำเนินงานประจำเดือน	๑๐	๗๕	←											→
๖. ประชุมคณะทำงานเพื่อสรุปผลดำเนินงานรายไตรมาส	๕	๘๐			↔			↔			↔			↔
๗. สรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส และนำเสนอผู้บริหาร	๕	๘๕			↔			↔			↔			↔
๘. ประชุมคณะกรรมการวางแผนนำผลการประเมินนำไปปรับปรุงแก้ไข	๑๐	๙๕												↔
๙. สรุปผลการดำเนินงาน เพื่อนำเสนอผู้บริหาร	๕	๑๐๐												↔
รวม ๙ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ดูแลผู้สูงอายุ ๑๐ ปี กทม. ๒๕๖๕-๒๕๗๔
โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของเด็กปฐมวัย (แรกเกิด - ๕ ปี) มีพัฒนาการสมวัย (สนพ)
ชื่อโครงการที่ ๑๑ กิจกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ - นโยบาย -

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. รับนโยบายจากผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดทำกิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อนำเสนอขออนุมัติจากผู้บริหาร	๑๐	๒๐	←	→										
๓. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	๑๐	๓๐	←	→										
๔. มอบหมายผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการเพื่อการปฏิบัติงาน	๑๐	๔๐	←	→										
๕. ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้	๔๐	๘๐	←											→
๖. รายงานผลการดำเนินงานทุก ๆ รายไตรมาส	๑๐	๙๐			←	→		←	→		←	→		←
๗. สรุปและประเมินผลกิจกรรมนำเสนอผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐												←
รวม ๗ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (สนพ)
ชื่อโครงการที่ ๑๒ กิจกรรมเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (๘ รพ.)
สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ - **นโยบาย** -

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. รับนโยบายจากผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดทำกิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อนำเสนอขออนุมัติจากผู้บริหาร	๑๐	๒๐	←	→										
๓. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	๑๐	๓๐	←	→										
๔. มอบหมายผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการเพื่อการปฏิบัติงาน	๑๐	๔๐	←	→										
๕. ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้	๔๐	๘๐	←											→
๖. รายงานผลการดำเนินงานทุก ๆ รายไตรมาส	๑๐	๙๐			←	→		←	→		←	→		←
๗. สรุปและประเมินผลกิจกรรมเพื่อนำเสนอผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐												←
รวม ๗ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (สนพ)

ชื่อโครงการที่ ๑๓ กิจกรรมการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ - นโยบาย -

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำกิจกรรมและขั้นตอนการปฏิบัติงานและจัดทำกิจกรรมนำเสนอผู้บริหาร	๒๐	๒๐	←	→										
๒. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อมอบหมายงาน	๒๐	๔๐		←	→									
๓. ขอจัดสรรวัคซีนไข้หวัดใหญ่จากกรมควบคุมโรคและสปสช.	๒๐	๖๐			←	→								
๔. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดไว้	๒๐	๘๐								←	→	←	→	
๕. รายงานผลการดำเนินงานทุก ๆ รายไตรมาส	๑๐	๙๐			←	→		←	→		←	→	←	→
๖. สรุปกิจกรรม ประเมินผล เพื่อนำเรียนผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (สนพ)

ชื่อโครงการที่ ๑๔ กิจกรรมการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ - นโยบาย -

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำโครงการพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยวัณโรคเพื่อเสนอขออนุมัติต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←											
๒. ประชุมกรรมการและประชุมพัฒนาปรับปรุงทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	๒๐	๓๐		←	←									
๓. รวบรวมคู่มือเอกสารดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ	๒๐	๕๐				←								
๕. อบรมผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver)	๒๐	๗๐					←							
๖. การค้นหาวัณโรคในผู้สัมผัสโรค (เสมหะบวก)	๑๐	๘๐	←											
๗ .การประเมินผลความพึงพอใจในการใช้บริการ - สำรวจความพึงพอใจในการใช้บริการหน่วยให้คำปรึกษา - ประเมินผลทุกไตรมาส - นำผลการประเมินมาปรับปรุง (QI)	๑๕	๙๕									←			
๘. ประเมินผลโครงการและสรุปผลการให้บริการ	๕	๑๐๐										←		
รวม ๘ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ดูเพิ่มเติมได้ที่ www.bangkok.go.th/bangkokmetropolitanaccord

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๓ ทุกหน่วยงานดำเนินกิจกรรม/โครงการด้านอนุรักษ์พลังงาน

ชื่อโครงการที่ ๑๕ โครงการประกวดนวัตกรรมการพัฒนาระบบงานเพื่อลดการใช้พลังงานในโรงพยาบาลสิรินธร

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สิ่งแวดล้อมดี, สุขภาพดี **นโยบาย** พัฒนาพื้นที่ปลอดฝุ่น (BKK Clean Air Area) ด้วยต้นไม้สำหรับพื้นที่เปิด ด้วยเครื่องฟอกอากาศสำหรับพื้นที่ปิด

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. เสนอโครงการขออนุมัติต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←											
๒.ประชุมวางแผนดำเนินการ	๒๐	๓๐		←	→									
๓. ดำเนินการตามแผน	๓๐	๖๐				←			→					
๔.ติดตามผลการดำเนินงานอย่างมีระบบ	๒๐	๘๐								←	→			
๕. รวบรวมข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงาน	๑๐	๙๐										←	→	
๖. สรุปผลการดำเนินงานและรายงานต่อคณะผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

แผนปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖
ศูนย์บริการวิชาการและฝึกอบรม

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวตามกฎหมายได้รับความช่วยเหลือและฟื้นฟูเบื้องต้นหรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ฐานจากจำนวนผู้ที่เข้าสู่ระบบการช่วยเหลือของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขตามสภาพปัญหาและความต้องการ)

ชื่อโครงการที่ ๑๖ โครงการศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี (OSCC) (โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน งานสังคมสงเคราะห์)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ ปลอดภัยดี **นโยบาย** ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการเชิงรุก

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติจากผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาอัตรากำลัง	๑๐	๒๐	←	→										
๓. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อพิจารณาอัตรากำลังบุคคลภายนอกที่จะดำเนินการจ้างและค่าตอบแทน	๑๐	๓๐	←	→										
๔. ดำเนินการคัดเลือกบุคลากรภายนอกเพื่อดำเนินการ	๑๐	๔๐	←	→										
๕. จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ให้สมบูรณ์พร้อมปฏิบัติงาน	๑๐	๕๐	←	—	→									
๖. อบรมและฝึกทักษะการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	๒๐	๗๐		←	—	—	—	—	—	—	—	→		
๗. ดำเนินงานตามแผนศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี	๒๕	๙๕		←	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→
๘. ประเมินผลการปฏิบัติงานในโครงการเสนอผู้บริหารโรงพยาบาล	๕	๑๐๐												↔
รวม ๘ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ดูแลผู้ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๖

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๕ จำนวนศูนย์/โครงการที่ดำเนินการสำเร็จ

ชื่อโครงการที่ ๑๗ โครงการศูนย์ โสต ศอ นาสิก พื้นที่กรุงเทพตะวันออก (โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. เสนอขออนุมัติโครงการจัดประชุมคณะกรรมการ	๒๐	๒๐	←	—	→									
๒. ดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ	๑๐	๓๐				←	—	→						
๓. ดำเนินการอย่างมีระบบ	๕๐	๘๐				←	—	—	—	—	—	—	—	→
๔. สรุปผลการดำเนินงานเสนอต่อผู้บริหาร	๒๐	๑๐๐			↔			↔			↔			↔
รวม ๔ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๕ จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น (ผลผลิต)

ชื่อโครงการที่ ๑๘ หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. สำรวจสถานที่และอุปกรณ์	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหาร	๑๐	๒๐		←	→	→								
๓. เตรียมสถานที่เพื่อเป็นหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	๒๐	๔๐		←	→	→	→							
๔. ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์	๓๐	๗๐				←	→	→	→	→	→			
๕. เปิดบริการ	๒๐	๙๐										←	→	→
๖. ประเมินผลโครงการและสรุปผลการประเมินผลและเสนอต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๕ จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ที่มีการพัฒนาศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น (ผลผลิต)

ชื่อโครงการที่ ๑๙ ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (โรงพยาบาลสิริธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. สำรวจสถานที่และอุปกรณ์	๑๐	๑๐	←	→										
๒. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหาร	๑๐	๒๐	←		→									
๓. เตรียมสถานที่จัดตั้งศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	๒๐	๔๐	←			→								
๔. ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์	๓๐	๗๐				←						→		
๕. เปิดบริการ	๒๐	๙๐									←			→
๖. ประเมินผลโครงการและสรุปผลการประเมินผลและเสนอต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น ๑ ระดับ

ชื่อโครงการที่ ๒๐ โครงการศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) (โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบนำเสนอต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←	→										
๒. แต่งตั้งคณะทำงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)	๑๐	๒๐	←	→										
๓. จัดทำตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๖	๑๐	๓๐		←	→									
๔. จัดทำแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล IMC	๒๐	๕๐		←	→									
๕. อบรมการประเมิน Barthel ADL index	๑๐	๖๐			←	→								
๖. เริ่มดำเนินการรับผู้ป่วยเข้าระบบ IMC	๑๕	๗๕			←									→
๗. ประมวลผลตัวชี้วัด	๑๐	๘๕											←	→
๘. ประชุมวิเคราะห์การพัฒนาระบบIMC	๑๐	๙๕											←	→

ร่างแผนปฏิบัติราชการ พ.ศ. ๒๕๖๖
กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๙. นำเสนอผลลัพธ์และแผนการดำเนินการต่อเนื่องต่อผู้บริหาร	๕	๑๐๐												↔
รวม ๙ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๗ จำนวนโรงพยาบาลที่มีการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน (สนพ)

ชื่อโครงการที่ ๒๑ การพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ - นโยบาย -

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. โรงพยาบาลกำหนดรูปแบบการดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมาย	๒๐	๒๐	←	→										
๒. จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	๑๐	๓๐		←	→									
๓. กำหนดแนวทางปฏิบัติคลินิกเฉพาะโรค	๒๐	๕๐		←	→									
๔. ประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกเฉพาะโรค	๑๐	๖๐			← →									
๕. ดำเนินการให้บริการคลินิกเฉพาะโรคตามรูปแบบที่กำหนด	๓๐	๙๐				←								→
๖.สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน รายงานผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐												← →
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ร่างแผนปฏิบัติราชการ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๘ จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่าน DSC

ชื่อโครงการที่ ๒๒ โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมินรายโรคหรือระบบ (DSC) (โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานอายุรกรรม)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** เพิ่มจำนวน Excellent Center และยกระดับศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. จัดทำกิจกรรมเสนอขออนุมัติต่อผู้บริหาร	๕	๕	←→											
๒. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๕	๑๐	←→											
๓. รวบรวมตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔	๕	๑๕	←→											
๔. จัดเตรียมเอกสารเพื่อขอประเมิน PDSS ได้แก่ PCT/CLT Profile, รายงานการประเมินตนเองเฉพาะโรค HIV-STIs, ผลงาน CQI/Good practice ๓-๕ เรื่อง	๑๐	๒๕	←→			←→			←→			←→		

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๕. จัดกิจกรรมกระตุ้นการพัฒนางานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้, การเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน	๑๐	๓๕	←	—	—	→	←	—	—	→	←	—	—	→
๖. ยื่นหนังสือแสดงเจตจำนงเพื่อขอรับรองเฉพาะโรคและ Hospital profile พร้อมเอกสารแนบคุณสมบัติตามที่กำหนด	๑๕	๕๐		↔				↔				↔		
๗. ประชุมและติดตามผลการดำเนินงานตามแผน และนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาระบบงาน ทั้งระดับหน่วยงาน และภาพรวมของโรงพยาบาล	๒๐	๗๐	←	—	—	→	←	—	—	→	←	—	—	→
๘.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประสานแจ้งกำหนดการเยี่ยม	๕	๗๕			↔			↔			↔			↔
๙. ทบทวนตัวชี้วัด และปรับปรุงแก้ไขเอกสารเพื่อขอประเมิน PDSS ได้แก่ PCT/CLT Profile, รายงานการประเมินตนเองเฉพาะโรค	๑๐	๘๕			↔			↔			↔			↔

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
HIV-STIs, ผลงาน CQI/Good practice ๓-๕ เรื่อง และจัดส่งก่อนการเยี่ยม ๒ สัปดาห์														
๑๐. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จัดกิจกรรมการเยี่ยมประเมินเฉพาะโรค	๑๐	๙๕				←→				←→				←→
๑๑. สรุปประเมินผลการดำเนินกิจกรรมนำเสนอต่อผู้บริหาร	๕	๑๐๐				←→				←→				←→
รวม ๑๑ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเขตสุขภาพ ที่ ๑๓

ชื่อโครงการที่ ๒๓ โครงการการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ ๑๓ (โรงพยาบาลสิรินธร ฝ่ายวิชาการและแผนงาน)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** การรักษาและส่งตัวผู้ป่วยไร้รอยต่อ ด้วยการบูรณาการข้อมูล

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. เสนอโครงการขออนุมัติต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←	→										
๒. ประชุมวางแผนดำเนินงาน	๑๐	๒๐		←	→									
๓. ติดตามการดำเนินงานอย่างมีระบบ	๓๐	๕๐	←										→	
๔. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน	๒๐	๗๐			↔			↔			↔		↔	
๕. รายงานผลการดำเนินงาน	๑๕	๘๕				↔			↔			↔		↔
๖. สรุปผลการดำเนินงานและรายงานคณะผู้บริหาร	๑๕	๑๐๐											↔	↔
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

ดาวน์โหลดเอกสารเพื่อการใช้งานเท่านั้น ห้ามมิให้นำไปใช้ในทางการค้า

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ผลลัพธ์)

ชื่อโครงการที่ ๒๔ กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (โรงพยาบาลสิรินธร ฝ่ายวิชาการและแผนงาน)

สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มิติ สุขภาพดี **นโยบาย** หมอถึงบ้านผ่าน Telemedicine

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ											
			พ.ศ. ๒๕๖๕			พ.ศ. ๒๕๖๖								
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. เสนอโครงการขออนุมัติต่อผู้บริหาร	๑๐	๑๐	←	→										
๒. ประชุมวางแผนดำเนินงาน	๑๐	๒๐		←	→									
๓. ติดตามการดำเนินงานอย่างมีระบบ	๓๐	๕๐	←										→	
๔. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน	๒๐	๗๐		←										→
๕. รายงานผลการดำเนินงาน	๑๕	๘๕		←										→
๖. สรุปผลการดำเนินงานและรายงานคณะผู้บริหาร	๑๕	๑๐๐											←	→
รวม ๖ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**												

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับใช้ในราชการ ห้ามมิให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) กรุงเทพมหานคร ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ (สนพ)
ชื่อโครงการที่ ๒๕ จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) กรุงเทพมหานคร ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
สนับสนุนนโยบายผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมิติ บริหารจัดการดี **นโยบาย** บัตรคนพิการ จุดเดียวจบ ทุก รพ.สังกัด กทม.

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ																
			พ.ศ. ๒๕๖๕							พ.ศ. ๒๕๖๖									
			มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค	เม.ย	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. การประชุมหารือการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการในพื้นที่กรุงเทพมหานครระหว่างกรุงเทพมหานคร (สนพ.สพส.) กับกรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	๑๐	๑๐	๒๔ ←	→															
๒. ประชุมหารือแนวทางการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จร่วมกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	๑๐	๒๐		๒๖ ←	→														
๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินและออกใบรับรองความพิการโดยสถาบันสิรินธรฯ	๑๐	๑๐			๑๘-๑๙ ←	→													
๔. จัดทำแนวทางการดำเนินงานศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service)	๑๐	๔๐		←	→														

ขั้นตอนการปฏิบัติงานของโครงการ/กิจกรรม	เนื้องานรายขั้นตอน (ร้อยละ)	คิดความก้าวหน้าโครงการ (ร้อยละ)	ระยะเวลาดำเนินการ																
			พ.ศ. ๒๕๖๕							พ.ศ. ๒๕๖๖									
			มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค	เม.ย	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๕. ประชาสัมพันธ์การให้บริการศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service)	๑๐	๕๐			←														→
๖. จัดบริการศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service)	๒๕	๗๕			←														→
๗. ติดตามผลการดำเนินงานรายเดือน	๑๕	๙๐			←														→
๘. สรุปผลการดำเนินงานนำเรียนผู้บริหาร	๑๐	๑๐๐			←														→
รวม ๘ ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**																	

โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

งานนโยบายและแผน ฝ่ายวิชาการและแผนงาน