

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการรายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน :โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์															
ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff															
มติที่ : ๑ ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน															
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน :นายสุรน เอกเสถียร		เบอร์โทรศัพท์ :๐-๒๒๘๙-๗๔๐๖													
ตำแหน่ง :หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน															
เกณฑ์การให้คะแนน :ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน															
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 60%;">ระดับคะแนน</th> <th style="width: 10%;">๑</th> <th style="width: 10%;">๒</th> <th style="width: 10%;">๓</th> <th style="width: 10%;">๔</th> <th style="width: 10%;">๕</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน</td> <td>≤๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> <td>๙๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </table>		ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน	≤๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕										
ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน	≤๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐										
ผลการดำเนินงาน :ส่วนที่ ๑ (ร้อยละ ๒๐) และส่วนที่ ๒ (ร้อยละ ๘๐)															
ส่วนที่ ๑ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการแผน(ร้อยละ ๒๐)															
องค์ประกอบ	ร้อยละ	ผลงาน	รายละเอียดผลการดำเนินการ												
๑. การวางแผน	๑๒	๑๒	จัดทำแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑												
๒. การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ	๔	๒	รายงานผลการปฏิบัติราชการในระบบ Daily plans และมีการติดตามความก้าวหน้าเสนอหัวหน้าหน่วยงานเป็นรายไตรมาส												
๓. การติดตามและประเมินผล	๔	๒	รายงานผลการปฏิบัติราชการในระบบ Daily plans โดยมีข้อมูลที่ครบถ้วน และต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน												
ผลการประเมิน: (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลบันทึก)															
องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้													
๑. การวางแผน	๑๒														
๒. การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ	๔														
๓. การติดตามและประเมินผล	๔														
รวม	๒๐														

ส่วนที่ ๒การประเมินผลสัมฤทธิ์ (ร้อยละ ๘๐)

สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดในมิติที่ ๑ ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ

ตัวชี้วัดงานยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดงานตามนโยบาย

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) เป้าหมาย	(๔) ผลการดำเนินงาน	(๕) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๔)}{(๓)} \times 100$	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๑	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนIschemic Heart , CKD , Stroke)ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ (ผลลัพธ์)	< ร้อยละ ๕	เสียชีวิต ๒ ราย มารับบริการ ๓๔,๕๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐			
๒	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke) (ผลลัพธ์)	< ร้อยละ ๓.๓	เสียชีวิต ๑๓ ราย มารับบริการ ๖๖,๐๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒			

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) เป้าหมาย	(๔) ผลการดำเนินงาน	(๕) ร้อยละความสำเร็จ (๔)X๑๐๐ (๓)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๓	สตรีในช่วงอายุ๓๐ - ๗๐ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม(ผลผลิต)	จำนวนผู้รับบริการ ๘๐๐ คน/ปี	๘๗๔ ราย (ผิดปกติ ๖๔๖ ราย)			
๔	สตรีในช่วงอายุ๓๐ - ๖๐ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ผลผลิต)	จำนวนผู้รับบริการ ๑,๒๐๐ คน/ปี	๔,๔๑๑ราย (ผิดปกติ ๑๑๘ ราย)			
๕	ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงมีรอบเอวหรือ BMI ลดลงจากเดิม (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๗๕	ดัชนีมวลกายลดลง ร้อยละ ๘๒.๘ รอบเอวลดลง ร้อยละ ๗๙.๔			
๖	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก(ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐			
๗	ร้อยละของความสำเร็จในการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของสำนัก	ระดับ ๓	ดำเนินการตามมาตรฐานของ สนพ. รับการตรวจประเมินเรียบร้อยแล้ว			

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) เป้าหมาย	(๔) ผลการดำเนินงาน	(๕) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๔)}{(๓)} \times ๑๐๐$ (๓)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
	การแพทย์ ตั้งแต่ระดับ ๓ขึ้นไป (ผลลัพธ์)		อยู่ระหว่างรอผล การประเมิน			
๘	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึง พอใจระดับ “มาก” ในบริการ รักษาพยาบาลของศูนย์ความเป็น เลิศทางการแพทย์ของ กรุงเทพมหานคร (ผลลัพธ์)	≥ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๙.๖๘			
๙	ร้อยละของความสำเร็จในการ ผ่านการตรวจประเมินมาตรฐาน คุณภาพโรงพยาบาล (ซ้ำ) (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	ดำเนินการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐			
๑๐	ร้อยละความสำเร็จของการ ดำเนินการตามขั้นตอนในการ ก่อสร้างอาคาร (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๕๖.๑๖ (ติดปัญหาโครงสร้าง เดิมได้ดินทำให้ล่าช้า)			
๑๑	ความสำเร็จในการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลกับศูนย์บริการ สาธารณสุข (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๙.๙๙			

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) เป้าหมาย	(๔) ผลการดำเนินงาน	(๕) ร้อยละความสำเร็จ (๔)X๑๐๐ (๓)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๑๒	จำนวนช่องทางด่วน (Fast Track) ที่โรงพยาบาลจัดให้บริการ แก่ผู้สูงอายุ (ผลผลิต)	๓ ช่องทาง	๕ ช่องทาง			
๑๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุของสำนักงานแพทย์ ได้รับการคัดกรองสุขภาพหรือ ตรวจสุขภาพประจำปี (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๒๓.๒๑ (สมาชิก ๕๓๒ ราย ได้รับการตรวจสุขภาพในโครงการ ๑๑๙ ราย)			
๑๔	ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยและ/หรือ ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหรือตนเองได้ ถูกต้อง (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๕			
๑๕	ร้อยละของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กรอยู่ในระดับดี (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๘๐ (ระดับดีขึ้นไป)	ร้อยละ ๘๐.๘			
๑๖	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ผลลัพธ์)	≥ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๒.๖๖ (คนไข้เสียชีวิต+ติดต่o ไม่ได้)			

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) เป้าหมาย	(๔) ผลการดำเนินงาน	(๕) ร้อยละความสำเร็จ (๔)X๑๐๐ (๓)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๑๗	ความสำเร็จของสถานพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีบริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก (ผลผลิต)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐ (มีผู้มารับบริการรวม ๒,๘๒๘ ราย)			
๑๘	จำนวนของนวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้งานจริง มากกว่า ๑ ส่วนราชการ (ผลผลิต)	๔ เรื่อง	๔ เรื่อง ได้แก่ - The Code - Unplug easy - Saw knock - กระเป๋า เอนกประสงค์			
๑๙	ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๗.๕๓๒			
๒๐	จำนวนแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ (ผลผลิต)	๒ เรื่อง	๒ เรื่อง ได้แก่ ๑. Palliative Care ๒. Medication Error			

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) เป้าหมาย	(๔) ผลการดำเนินงาน	(๕) ร้อยละความสำเร็จ (๔)X๑๐๐ (๓)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๒๑	ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่สำคัญ (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๙๓	ร้อยละ ๙๕.๐๕			
๒๒	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced) สามารถได้รับการภายใน ๑๐ นาที และส่วนของขั้นพื้นฐาน (Basic) สามารถได้รับการภายใน ๑๕ นาที (ผลลัพธ์)	ขั้นสูง (Advanced) ร้อยละ ๓๐ ขั้นพื้นฐาน (Basic) ร้อยละ ๖๕	ขั้นสูง ๑๐ นาที (Advanced) ร้อยละ ๖๗.๓๔ ๑๕ นาที ร้อยละ ๒๓.๙๑			
๒๓	จำนวนคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ” (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐			
รวมคะแนน						

รวมตัวชี้วัดทั้งสิ้นจำนวน.....๒๓.....ตัว ได้คะแนน คะแนน

รายละเอียดส่วนที่ ๒ การประเมินผลสัมฤทธิ์
ตัวชี้วัดงานยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดงานตามนโยบาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
๑. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน Ischemic Heart , CKD , Stroke) ที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สังกัดสำนักการแพทย์ (ผลลัพธ์)	< ร้อยละ ๕	เสียชีวิต ๒ ราย มารับบริการ ๓๔,๕๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐	กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (กง.อายุรกรรม)	ไตรมาสที่๑ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคเบาหวานทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมายจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้แก่ ๑. กิจกรรมการใช้ปากกาอินซูลิน ที่มีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๒ รุ่นๆ ละ ครั้งวัน ในวันที่ ๑๙ และ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. ๒. กิจกรรมวันเบาหวานโลก ในวันอังคารที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น. ตามคำขวัญปี ๒๕๖๐ “เบาหวานและผู้หญิง สิทธิเพื่อสุขภาพที่ดีในอนาคต” (ตามเอกสารที่แนบ) - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของIschemic heart, Chronic kidney disease, Stroke รวมด้วยจำนวน ๐ รายจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๘,๖๒๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) ไตรมาสที่ ๒ ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคเบาหวานทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมายจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				จัดประชุมวิชาการ"การพัฒนาระบบและเครือข่าย บริหารรักษาเบาหวาน ชนิดที่ ๑ ในเด็กและวัยรุ่น" ใน วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖. ๐๐ น. ณ. ห้องประชุมอุดมสังวรญาณ ชั้น ๒๓ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชนิ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ของ Ischemic heart, Chronic kidney disease, Stroke ร่วมด้วย จำนวน ๐ ราย จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๙,๑๐๖ ราย คิดเป็นร้อยละ๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคเบาหวานทั้งหมดให้เป็นไป ตามเป้าหมาย จัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพบริการ ประชาชนที่เป็นเบาหวานของ รพจ. ในวันพฤหัสบดีที่ ๓๑ พ.ค. ๖๑ เวลา ๑๔.๐๐-๑๕.๓๐ น. เกี่ยวกับ รายงานสถิติตัวชี้วัดของ สนพ. และการลงบันทึกข้อมูล การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ฟัน ของผู้ป่วย เบาหวานแบบใหม่ และสรุปกิจกรรมต่างๆ ที่ทำ เกี่ยวกับเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในปีถัดไป	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				- ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ Ischemic heart, Chronic kidney disease, Stroke ร่วมด้วย จำนวน ๑ ราย จากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑๐,๐๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคเบาหวานทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมาย จัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพบริการประชาชนที่เป็นเบาหวานของ รพจ. ในวันพฤหัสบดีที่ ๖ ก.ย. ๖๑ เวลา ๑๓.๓๐-๑๕.๓๐ น. เกี่ยวกับรายงานสถิติตัวชี้วัดของ สนพ. และกทผ. การแก้ปัญหาการใช้ยาอินซูลิน ในชนิดปากกาในผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ ระดมความคิดการทำสื่อการสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวานให้แก่ประชาชนในสำนักงานแพทย์ ๒. จัดตั้งคณะกรรมการวันเบาหวานโลกปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ ชื่อ “The Family and diabetes” - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานที่ไม่	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				มีภาวะแทรกซ้อนของ Ischemic heart, Chronic kidney disease, Stroke ร่วมด้วย จำนวน ๑ ราย จากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๖,๗๘๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๑ รวม ๔ ไตรมาส - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ Ischemic heart, Chronic kidney disease, Stroke ร่วมด้วย จำนวน ๒ ราย จากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๓๔,๕๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๒. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke) (ผลลัพธ์)	< ร้อยละ ๓.๓	เสียชีวิต ๑๓ ราย มารับบริการ ๖๖,๐๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒	การพัฒนาระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ก.อ.ย.ร.ร.ร.)	ไตรมาสที่ ๑ ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมายจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อยู่ระหว่างการวางแผนการจัดสัปดาห์ความดันโลหิตสูง - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke จำนวน ๓ รายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาจำนวน ๑๖,๘๗๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ไตรมาสที่ ๒ ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมาย จัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อยู่ระหว่างการประชุมเพื่อจัดเตรียมการจัดสัปดาห์ความดันโลหิตสูง - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke จำนวน ๗ ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา จำนวน ๑๗,๔๔๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๔ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมาย จัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ขณะนี้อยู่ระหว่างการประชุมเพื่อจัดเตรียมการจัดสัปดาห์ความดันโลหิตสูง - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke จำนวน ๐ ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา จำนวน ๑๘,๘๘๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสที่ ๔ ควบคุมและดูแลตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดให้เป็นไปตามเป้าหมาย จัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดสัปดาห์ความดันโลหิตสูงในวันที่ ๑๐-๑๘ พฤษภาคม	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๒๕๖๑ ณ บริเวณหน้าห้องตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke จำนวน ๓ ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา จำนวน ๑๒,๘๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒ รวม ๔ ไตรมาส - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Hemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke จำนวน ๑๓ ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา จำนวน ๖๖,๐๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๓. สตรีในช่วงอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม(ผลผลิต)	จำนวน ผู้รับบริการ ๘๐๐ คน/ปี	๘๗๔ ราย (ผิตปกติ ๖๔๖ ราย)	กิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสถานพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ก.ศัลยกรรม)	ไตรมาสที่ ๑ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมให้กับสตรีไทยอายุ ๓๐-๗๐ ปี โดยการสังเกตความผิดปกติด้วยการดูลักษณะภายนอกของเต้านมและการคลำ(ไม่รวมการตรวจMammogram และu/s breast) ณคลินิกศัลยกรรม ชั้น๒ อาคาร ๗๒ พรรษามหาราชนี(ในวันราชการเวลา๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์โดยการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมให้แก่สตรีผู้มารับบริการและติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจและประกาศเสียงตามสาย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ทุกวันในเวลาราชการระหว่างเวลา ๐๘.๐๐-๑๓.๐๐ น. และประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook ใน ไตรมาสที่ ๑ มีจำนวนสตรีได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จำนวน ๑๑๑ ราย ผิดปกติ ๘๑ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๕%) ไตรมาสที่ ๒ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมให้กับสตรีไทยอายุ ๓๐-๗๐ ปี โดยการสังเกตความผิดปกติด้วยการดูลักษณะภายนอกของเต้านม และการคลำ (ไม่รวมการตรวจ Mammogram และ u/s breast) ณ คลินิกศัลยกรรม ชั้น ๒ อาคาร ๗๒ พรรษามหาราชนี (ในวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ให้แก่สตรีผู้มารับบริการ และติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจ และประกาศเสียงตามสาย ทุกวันในเวลาราชการ ระหว่าง เวลา ๐๘.๐๐-๑๓.๐๐ น. และประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook ใน ไตรมาสที่ ๒ มีจำนวนสตรีได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๓๔๒ ราย ผิดปกติ ๒๖๖ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ให้กับสตรีไทยอายุ ๓๐-๗๐ ปี โดยการสังเกตความผิดปกติด้วยการดู	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ลักษณะภายนอกของเต้านม และการคลำ (ไม่รวมการตรวจ Mammogram และ u/s breast) ณ คลินิก ศัลยกรรม ชั้น ๒ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ในวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ให้แก่สตรีผู้มารับบริการ และติดป้ายประชาสัมพันธ์ หน้าห้องตรวจ และประกาศเสียงตามสาย ทุกวันในเวลาราชการ ระหว่าง เวลา ๐๘.๐๐-๑๓.๐๐ น. และประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook ใน<u>ไตรมาสที่ ๓</u> มีจำนวนสตรีได้รับบริการตรวจมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๒๘๖ ราย ผิดปกติ ๑๘๖ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ ๗๕ % <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๔ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ให้กับสตรีไทยอายุ ๓๐-๗๐ ปี โดยการสังเกตความผิดปกติด้วยการดูลักษณะภายนอกของเต้านม และการคลำ (ไม่รวมการตรวจ Mammogram และ u/s breast) ณ คลินิกศัลยกรรม ชั้น ๒ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ในวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ให้แก่สตรีผู้มารับบริการ และติด	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ป้ายประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจ และประกาศเสียงตามสาย ทุกวันในเวลาราชการ ระหว่างเวลา ๐๘.๐๐-๑๓.๐๐ น. และประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook ในไตรมาสที่ ๔ มีจำนวนสตรีได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๑๓๕ ราย ผิดปกติ ๑๑๓ ราย รวม ๔ ไตรมาส มีจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๘๗๔ ราย ผิดปกติ ๖๔๖ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๔. สตรีในช่วงอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ผลผลิต)	จำนวนผู้รับบริการ ๑,๒๐๐ คน/ปี	๔,๔๑๑ ราย (ผิดปกติ ๑๑๘ ราย)	- การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)(ก.ส.ต.นรีเวชกรรม)	ไตรมาสที่ ๑ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการทำPap smear ตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ณ คลินิกนรีเวชกรรม ชั้น ๓ อาคาร ๗๒ พรรษามหาราชนี (ในวันราชการเวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์โดยการแจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูกติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจและประกาศเสียงตามสาย ทุกวันในเวลาราชการในไตรมาสที่ ๑ มีจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๑,๕๙๙ ราย ผิดปกติ ๔๘ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๕%)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ไตรมาสที่ ๒ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการทำ Pap smear ตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ณ คลินิกนรีเวชกรรม ชั้น ๓ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ในวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยการแจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก ติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจ และประกาศเสียงตามสายทุกวัน ในเวลาราชการ ในไตรมาสที่ ๒ มีจำนวนสตรีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๙๘๒ ราย ผิดปกติ ๒๐ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการทำ Pap smear ตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ณ คลินิกนรีเวชกรรม ชั้น ๓ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ในวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยการแจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก ติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจ และประกาศเสียงตามสายทุกวัน ในเวลาราชการ ในไตรมาสที่ ๓ มีจำนวนสตรีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๑,๐๘๓ ราย ผิดปกติ ๓๔ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ ๗๕ %	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ไตรมาสที่ ๔ ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการ ทำ Pap smear ตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ณ คลินิกนรีเวชกรรม ชั้น ๓ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ในวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๑.๐๐ น.) และดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยการแจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก ติดป้าย ประชาสัมพันธ์หน้าห้องตรวจ และประกาศเสียงตาม สายทุกวัน ในเวลาราชการ ในไตรมาสที่ ๔ มีจำนวน สตรีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน ๗๔๗ ราย ผิดปกติ ๑๖ ราย รวม ๔ ไตรมาส มีจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชา รักษ์ จำนวน ๔,๔๑๑ ราย ผิดปกติ ๑๑๘ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
			- กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพ การคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ก.สูติ-นรีเวชกรรม)	ไตรมาสที่ ๑ ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกโดย มีการประชุมในกลุ่มงาน สูติ-นรีเวชกรรม ร่วมกับกลุ่มงานพยาธิวิทยา ถึง แผนการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการใช้ Liquid ban PAP smear สำหรับในรายที่ผู้ป่วยต้องการ จ่ายเงินเอง (เพิ่ม) และวางแผนการจัดสัปดาห์	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๕%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยจัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้าง เรื่อง Liquid based PAP smear ระหว่างกลุ่มงานพยาธิวิทยา และกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กำหนดช่วงเวลาจัดนิทรรศการ (อยู่ในระหว่างดำเนินการ) ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐%) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยจัดเตรียมข้อมูลที่จะแสดงในนิทรรศการ และหาช่วงเวลาที่จะแสดงนิทรรศการ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย ดำเนินการจัดนิทรรศการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวันที่ ๙-๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
			- กิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจ	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
			คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)(ก.ส.ต.นรีเวชกรรม)	วางแผนในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อจัดหาช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งหาข้อมูลในการจัดทำโปสเตอร์เพื่อให้ความรู้ ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๐%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดช่วงเวลาจัดนิทรรศการ (อยู่ในระหว่างการดำเนินการ) ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐%) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยจัดเตรียมข้อมูลที่จะแสดงนิทรรศการ และกำหนดช่วงเวลาที่จะจัดแสดงนิทรรศการ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ และส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยดำเนินการจัดทรรศการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวันที่ ๘-๙ สิงหาคม ๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
๕. ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงมีรอบเอวหรือ BMI ลดลงจากเดิม (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๗๕	ดัชนีมวลกาย ลดลง ร้อยละ ๘๒.๘ รอบเอว ลดลง ร้อยละ ๗๙.๔	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานงบประมาณ (เงินบำรุง รพ.) (ดำเนินการ) (กองเวชศาสตร์ชุมชน)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ดำเนินการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง บุคคลภายนอกผู้ปฏิบัติงานใน รพจ. และประชาชนทั่วไป ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำโครงการ การติดต่อวิทยากร และรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง บุคคลภายนอกผู้ปฏิบัติงานใน รพจ. ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๓๐ คน รูปแบบโครงการเป็นแบบไป-กลับ จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้ - ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒ พ.ค. ๖๑ - ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑ มิ.ย. ๖๑ - ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๗ ก.ค. ๖๑ ตั้งแต่วันที่ ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม อุดมสังวรญาณ ชั้น ๒ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชนี รพจ. ขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอโครงการต่อผู้บริหาร ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ไตรมาสที่ ๓ ดำเนินการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง บุคคลภายนอกผู้ปฏิบัติงานใน รพจ. และประชาชนทั่วไป ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินโครงการ ครั้งที่ ๑ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องธรรมาภิบาลกับความรู้เรื่องโรคอ้วน อาหาร กิจกรรม Empowerment ครั้งที่ ๒ ให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน และการออกกำลังกาย วัดมวลกล้ามเนื้อและไขมันในร่างกาย ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสที่ ๔ ดำเนินการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง บุคคลภายนอกผู้ปฏิบัติงานใน รพจ. และประชาชนทั่วไป ซึ่งได้ดำเนินการจัดโครงการในครั้งที่ ๓ ทบทวนความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น ๒๙ คน มีค่าดัชนีมวลกายลดลง ร้อยละ ๘๒.๘ มีรอบเอวลดลง ร้อยละ ๗๙.๔ มีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๙.๔ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
๖. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐	กิจกรรมการให้ความรู้เพื่อป้องกัน เอตส์จากแม่สู่ลูกไม่ใช้ งบประมาณ (ดำเนินการ) (กง.สุติ-นรีเวชกรรม)	ไตรมาสที่๑ - เดือน ต.ค. ๖๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๒๘๓ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอตส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๒๘๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๒ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๒ รายคิดเป็นร้อยละ๑๐๐ - เดือน พ.ย. ๖๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๓๑๕ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอตส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๓๑๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๒ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ - เดือน ธ.ค. ๖๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๔๖ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอตส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๔๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* ไม่มี หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล <u>รวม ไตรมาสที่ ๑</u> * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๗๔๔ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๗๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๔ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจำนวน ๔ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๕%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> - เดือน ม.ค. ๖๑ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๒๓ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๒ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ - เดือน ก.พ. ๖๑	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๕๐ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๕๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๔ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รวม ไตรมาสที่ ๒ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๒๗๓ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๒๗๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๖ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ - เดือน มี.ค. ๖๑ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๔๑	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๐ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ - - เดือน เม.ย. ๖๑ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๖๑ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๖๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๑ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ - เดือน พ.ค. ๖๑ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๕๔ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๕๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๐ ราย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ – <u>รวม ไตรมาสที่ ๓</u> * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๔๕๖ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๔๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๑ ราย * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> - เดือน มิ.ย. ๖๑ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๕๙ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๕๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๑ ราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				- เดือน ก.ค. ๖๑ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑๓๒ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษา ตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๓ ราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รวม ไตรมาสที่ ๔ * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๒๙๑ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน ๒๙๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษา ตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๔ ราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ รวม ๔ ไตรมาส * หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพจ. จำนวน ๑,๗๖๔ ราย ได้รับความรู้เพื่อป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก จำนวน	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๑,๗๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ * หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำนวน ๑๕ ราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๗. ร้อยละของความสำเร็จในการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของสำนักงานแพทย์ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป (ผลลัพธ์)	ระดับ ๓	ดำเนินการตามมาตรฐานของสำนักงานแพทย์ รับการประเมิน เรียบร้อยแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างรอผลการประเมิน	กิจกรรมการพัฒนาและขยายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)(ศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้อง/ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ๑. ศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง ดำเนินการ ดังนี้ ๑. กำหนดวันจัดโครงการการสัมมนาวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้องประจำปี ๒๕๖๑ (๘th Bangkok Annual Congress in Minimally Invasive Surgery : BMIS ๒๐๑๘) ๑๗-๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ประสานส่วนราชการ รพ.สังกัด สนพ. กทม. ขอรายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาวิชาการฯ เพื่อจัดทำคำสั่งผู้เข้ารับการอบรม ๒. กำหนดวันจัด Workshop NOTES รุ่นที่ ๘ ระหว่างวันที่ ๑๘-๑๙ ธ.ค. ๖๐ ๓. ทำเรื่องจัดซื้อชุดกล้องส่องตรวจและรักษาภายในโพรงมดลูกจำนวน ๒ ชุด ๔. ทำเรื่องจัดซื้อชุดควบคุมระบบห้องผ่าตัดอัจฉริยะ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๕. จัดทำโครงการผ่าตัดตมตลูกผ่านกล้อง ๒๓๕ ราย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนกรุงเทพมหานครเข้าถึง บริการทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการ รักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามสิทธิ ลงทะเบียน ๒๙ คน ผ่าตัดแล้ว ๒๘ คน ๖. โครงการผ่าตัดผ่านกล้อง ร่วมกับ รพ.เอกชน (PPP:Public Private Partnership) ตอบสนองมติรัฐบาล (คสช.) <u>๒. ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟู</u> ดำเนินการ ดังนี้ ขณะนี้อยู่ระหว่างการเตรียมข้อมูลเพื่อจัดทำ โครงการทดสอบสมรรถภาพทางกายนักกีฬา บุคลากร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และ บุคคลทั่วไป และโครงการดูแลนักกีฬาภาคสนาม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กีฬาสำนัก การแพทย์ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> <u>๑. ศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง</u> ดำเนินการ ดังนี้	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๑. โครงการสัมมนาวิชาการด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง ประจำปี ๒๕๖๑ (๘th Bangkok Annual Congress in Minimally Invasive Surgery : BMIS ๒๐๑๘) จัดทำคำสั่งผู้เข้าร่วมสัมมนาและคณะกรรมการ และ เวียนคำสั่งบับร่างให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ๒. ดำเนินการจัด Workshop NOTES รุ่นที่ ๙ วันที่ ๑๙-๒๐ ก.พ. ๖๑ มีผู้เข้าร่วม ๖ คน ๓. กำหนดวันจัด International Workshop NOTES วันที่ ๒๕-๒๗ มี.ค. ๖๑ ๔. ออกหน่วยโครงการอัลตราซาวด์ บุคลากรสตรี กทม. จำนวน ๓ ครั้ง - ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๔ ก.พ. ๖๑ ณ สมาคมประกันวินาศภัย - ครั้งที่ ๒ วันที่ ๖ มี.ค. ๖๑ ณ อลิอันซ์อยุธยา - ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๒ มี.ค. ๖๑ ณ AIA อาคารสุภาคาร ๕. เปิดคลินิกนอกเวลาราชการ (ศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง) วันจันทร์-พฤหัสบดี เวลา ๑๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. สำหรับผู้ป่วยทางนรีเวชที่ใช้สิทธิเงินสด หรือเบิกต้นสังกัด เพื่ออำนวยความสะดวกในการมาใช้บริการนอกเวลาราชการ เริ่มตั้งแต่วันที่ ๕ มี.ค. ๖๑ ๖. โครงการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ๒๓๕ ราย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชน กทม. เข้าถึงบริการทาง	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				การแพทย์ ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามสิทธิ ซึ่งขณะนี้ผู้มีรับการลงทะเบียนและได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๓๓ ราย ๗. โครงการผ่าตัดผ่านกล้อง ร่วมกับ รพ.เอกชน (PPP : Public Private Partnership) ตอบสนองมติรัฐบาล (คสช.) ๘. จัดประชุม BMEC Alumni เพื่อให้แพทย์ที่จบหลักสูตร BCAT พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำผ่าตัด ผ่านกล้องและนวัตกรรมต่างๆ เมื่อ ๑ มี.ค. ๖๑ ๙. ดำเนินการ "๑st APAGE INTERNATIONAL NOTES WORKSHOP" Workshop การผ่าตัดผ่านกล้องนิเวศแบบไร้แผล (NOTES) ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๗ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ ศูนย์ BMEC ชั้น ๘ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี โรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์ โดยมีคณะแพทย์จากนานาชาติทั้ง ๙ ประเทศ ๑๗ ท่าน พร้อมวิทยากร ๑๔ ท่านจาก ๕ ประเทศเข้าร่วมในครั้งนี้ ๒. ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดำเนินการ ดังนี้ ๑. เสนอโครงการทดสอบสมรรถภาพทางกายภาพ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				นักกีฬา บุคลากรโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และบุคคลทั่วไป และโครงการดูแลนักกีฬา ภาควิชาการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๑ (พ.ค.) ๒. จัดกิจกรรมทดสอบสมรรถภาพทางกายให้แก่ บุคลากรภายในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และบุคลากรภายนอกผู้สนใจ ระหว่างวันที่ ๑๒-๒๓ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ บริเวณโถงกลางชั้น B โดยมีจำนวน ผู้เข้ารับการ ทดสอบสมรรถภาพทางกาย ทั้งสิ้น จำนวน ๑๓๐ ราย ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> <u>๑. ศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. โครงการสัมมนาวิชาการด้านการผ่าตัด ผ่านกล้องประจำปี ๒๕๖๑ (๘th Bangkok Annual Congress in Minimally Invasive Surgery : BMIS ๒๐๑๘) ระหว่างวันที่ ๑๗-๑๘ พ.ค. ๖๑ ผู้เข้าร่วมประชุม ๑๕๐ คน เป็นบุคลากรสังกัด กทม. ๗๓ คน บุคคลภายนอก ๗๗ คน ๒. คณะตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการของ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				กทผ. เข้าตรวจประเมินรางวัลคุณภาพการให้บริการของ กทผ. เรื่องการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบไร้แผลทางนรีเวชกรรม วันที่ ๒๔ พ.ค. ๖๑ ๓. คณะกรรมการราชวิทยาลัยสูตินรีเวช ประเมินหลักสูตรแพทย์ต่อยอดผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช วันที่ ๓๐ พ.ค. ๖๑ ๔. ได้รับเชิญไปร่วมเป็นวิทยากรและทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องแบบไร้แผล รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี วันที่ ๖ มิ.ย. ๖๑ ๕. จัด Workshop NOTES รุ่นที่ ๑๐ วันที่ ๓๐ พ.ค. - ๑ มิ.ย. ๖๑ มีผู้เข้าร่วม ๘ คน ๖. ออกหน่วยโครงการอัตร้าชาวดี บุคลากรสตรี กรุงเทพมหานคร - ครั้งที่ ๔ วันที่ ๒ เม.ย. ๖๑ บริษัท เอไอเอ จำกัด ณ อาคารจูเวลเลอร์เซ็นเตอร์ ศูนย์ฝึกอบรม - ตัวแทนประกันชีวิต บริษัท เอไอเอ จำกัด ชั้น ๒ ห้องประชุม ๓ - ครั้งที่ ๕ วันที่ ๒๓ เม.ย. ๖๑ บริษัท MSIG - ครั้งที่ ๖ วันที่ ๑๐ พ.ค. ๖๑ บริษัท เอซี เคฟู้ดเทค	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๒. ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดำเนินการ ดังนี้ ๑. ออกภาคสนามดูแลนักกีฬาประจำทีมสำนัก การแพทย์ในการแข่งขันกีฬา ข้าราชการ และลูกจ้าง กทม. ประจำปี ๒๕๖๑ รวม ๘ ครั้ง ในวันที่ ๒๑-๒๕ พ.ค. และวันที่ ๘, ๑๓ และ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๑ ๒. การฝึกปฏิบัติงานประสบการณ์วิชาชีพ ของ นักศึกษาวิทยาศาสตร์การกีฬา จาก มหาวิทยาลัย จำนวน ๘ คน ได้แก่ วันที่ ๘ ม.ค. – ๗ เม.ย. ๖๑ - ม.เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน จำนวน ๒ คน - ม.แม่ฟ้าหลวง จำนวน ๒ คน วันที่ ๑ มิ.ย. – ๒๖ ก.ค. ๖๑ - ม.แม่ฟ้าหลวง จำนวน ๒ คน วันที่ ๑๘ มิ.ย. – ๑๗ ก.ค. ๖๑ - ม.ธรรมศาสตร์ จำนวน ๒ คน ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสถี ๔ ๑. ศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง ดำเนินการ ดังนี้	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๑. ออกหน่วยโครงการอัลตราซาวด์ บุคลากรสตรีกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๗ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ รร.ศุภวรรณ ๒. ได้รับเชิญเป็นวิทยากรการบรรยาย เรื่อง “How to tackle different size of uterus in laparoscopic hysterectomy” ในวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ และสาธิตการผ่าตัด ในวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ประเทศมาเลเซีย ๓. คณะตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการของ กทม. ประกาศผลคุณภาพการให้บริการของ กทม. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประเภทรางวัลนวัตกรรมการให้บริการ “ระดับดีเด่น” ผลงานเรื่อง “การให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องแบบได้ผลทางนรีเวชกรรม” เมื่อวันที่ ๒๘ ก.ค. ๖๑ ๔. ได้รับเชิญไปร่วมเป็นวิทยากรและทำผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ รพ. ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วันที่ ๑ ส.ค. ๖๑ ๕. คณะกรรมการตรวจประเมินศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ของสำนักการแพทย์	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				กทม. (Excellent Center) ตรวจสอบประเมินศูนย์ตรวจรักษาและผ่าตัดผ่านกล้อง กทม. ในวันที่ ๗ ส.ค. ๖๑ ๒. ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดำเนินการ ดังนี้ ๑. โครงการทดสอบสมรรถภาพทางกายนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏ และบุคคลทั่วไป ประจำปี ๖๑๒ จำนวนผู้ทดสอบ ๒๑๒ คน ๒. โครงการดูแลนักกีฬาภาคสนาม รพจ. การแข่งขันกีฬาสานสัมพันธ์ สนพ. ประจำปี ๖๑ จำนวน ๒๐ ครั้ง ๓. คกก.ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของ สนพ. กทม. เขาตรวจเยี่ยมเพื่อตรวจสอบประเมินศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของ สนพ. กทม. ประจำปี ๖๑ ในวันที่ ๗ ส.ค. ๖๑ ๔. อยู่ระหว่างการออกแบบพื้นที่การใช้งานของตึกศูนย์เวชศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่กำลังดำเนินการสร้าง ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๘. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจระดับ “มาก” ในบริการรักษาพยาบาลของ	≥ ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๙.๖๘	กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	ไตรมาสที่ ๑ ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๕๐ ราย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
ศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์ของ กรุงเทพมหานคร (ผลลัพ์)			ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)(ศูนย์ตรวจ รักษาและผ่าตัดผ่านกล้อง/ ศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู)	มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ดีและดีมากจำนวน ๑๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๓ <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์เวชศาสตร์</u> <u>การกีฬา</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๘๖ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ดีและดีมากจำนวน ๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความพึงพอใจรวมของศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์ ของ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ จาก ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๓๖ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ดีและดีมาก จำนวน ๒๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๗๖ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๐๕ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ดีและดีมากจำนวน ๒๐๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์เวชศาสตร์การ</u>	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				กีฬา จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๓๕ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมากจำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความพึงพอใจรวมของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ของ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๔๐ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมาก จำนวน ๒๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๙๓ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และดีมากจำนวน ๑๙๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๔๘๒ <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๗๑ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และดีมากจำนวน ๗๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความพึงพอใจรวมของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ของ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๖๔ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และดีมาก จำนวน ๒๖๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๖๒๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๔๙ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมากจำนวน ๑๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์เวชศาสตร์</u> <u>การกีฬา</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๕๐ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมากจำนวน ๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘ ความพึงพอใจรวมของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ของ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๙๙ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และดีมาก จำนวน ๑๙๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๐ <u>รวม ๔ ไตรมาส</u> <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์ผ่าตัดผ่านกล้อง</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๖๙๗ ราย มีผู้ตอบ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				แบบสอบถามที่มี ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมากจำนวน ๖๙๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๗๑ <u>ร้อยละความพึงพอใจของศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา</u> จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๒๔๒ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และดีมากจำนวน ๒๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๙ ความพึงพอใจรวมของศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์ ของ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ จากผู้ตอบ แบบสอบถามจำนวน ๙๓๙ ราย มีผู้ตอบแบบสอบถาม ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และดีมาก จำนวน ๙๓๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๖๘ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๙. ร้อยละของความสำเร็จใน การผ่านการตรวจประเมิน มาตรฐานคุณภาพ โรงพยาบาล (ซ้ำ) (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	ดำเนินการพัฒนา คุณภาพ รพ.อย่าง ต่อเนื่องในปี ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐	การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ดำเนินการ ดังนี้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วย ๙ รายการ (ตามเอกสารแนบ) สิ่งที่ได้ดำเนินการแล้ว บางส่วน ได้แก่ รายการที่ ๒,๓,๔ และ ๖ ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. มีการดำเนินการส่งผลงานเพื่อเข้าร่วมนำเสนอ ในการประชุม HA National Forum ครั้งที่ ๑๙	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ในวันที่ ๑๔-๑๖ มี.ค. ๖๑ จัดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่ง รพจ. ได้จัดส่งผลงาน จำนวน ๒ เรื่อง ดังนี้ ๑.๑ “เครื่องมือตັงระดับสายระบายน้ำในโพรงสมอง โดย นางสาวศิริินทร์ ฉายแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล ๑.๒ “การเตรียมน้ำยา Anti-Mi^๓ ชนิด IgM จากพลาสมาผู้บริจาคโลหิตสำหรับตรวจแอนติเจนหมู่เลือด โดย นางสาวสิริกุล เหล่าศรีวิจิตร นักเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานธนาคารเลือด ๒. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วย ๙ รายการ (ตามเอกสารแนบ) สิ่งที่ได้ดำเนินการแล้วบางส่วน ได้แก่ รายการดังต่อไปนี้ ๑. THIP (ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล) ๒. สรุป AE ของ PCT ต่างๆ สูตินารีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารกรรม ศัลยกรรมกระดูก จักษุ จิตเวช เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ENT ฝ่ายการพยาบาล ฯลฯ ๓. ดำเนินการเรื่องเอกสารคุณภาพโรงพยาบาล ๔. คัดเลือกและส่งผลงาน รางวัลคุณภาพการให้บริการของ กทม.	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๕. จัดทีม IS ลงเยี่ยมหน่วยงาน (โครงการเยี่ยมสำรวจภายใน) ๖. การคัดเลือก/ส่ง ผลงานการพัฒนาคุณภาพเพื่อนำเสนอในการประชุม ๑๙th HA National Forum ๗. จัดโครงการมหกรรมคุณภาพประจำปี ๖๑ ๘. คัดเลือก - ส่งผลงานนำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพ ภาคราชการโรงพยาบาลและโรงพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ (จัดโดยสมาคมส่งเสริมคุณภาพแห่งประเทศไทยหรือ สคส.) ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๙.๕๐%) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการ ดังนี้ การดำเนินการต่อเนื่อง ๑. THIP (ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล) ๒. สรุป AE ของ PCT ต่างๆ สูติ/ศัลย์/อายุรกรรม/กุมาร/ศัลยกรรมกระดูก/จักษุ/จิตเวช/เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/ENT/ฝ่ายการพยาบาล ฯลฯ ๓. ด้านเนการเรื่องเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลได้ดำเนินการแล้ว ๔. คัดเลือก-ส่งผลงาน รางวัลคุณภาพการให้บริการของ กทม.	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๕. จัดทีม IS ลงเยี่ยมหน่วยงาน (โครงการเยี่ยมสำรวจภายใน) วันที่ ๓๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ใช้งบดำเนินการ ๕๙,๙๒๖ บาท ๖. การคัดเลือก/ส่งผลงานการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำเสนอในการประชุม ๑๙th HA National Forum ๗. จัดโครงการมหกรรมคุณภาพประจำปี ๒๕๖๑ วันที่ ๗-๙ พ.ค. ๖๑ ใช้งบดำเนินการ ๑๑๐,๐๙๑ บาท ๘. คัดเลือก-ส่งผลงานการพัฒนาคุณภาพนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๑๖ ของ สนพ. (ประเภท Poster Presentation, นวัตกรรม) ๙. คัดเลือก-ส่งผลงานนำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพ ภาคราชการและ รพ.ประจำปี ๒๕๖๑ (จัดโดยสมาคมส่งเสริมคุณภาพแห่งประเทศไทย หรือ สคส.) ความก้าวหน้าของโครงการ (๙๒.๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๑ THIP (ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๒. สรุป AE ของ PCT ต่าง ๆ สู่ติ/ศิัลย์/อายุรกรรม/กุมาร//ศัลยกรรมกระดูก/จักษุ/จิตเวช/เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/ENT /ฝ่ายการพยาบาล ฯลฯ ๓. ดำเนินการเรื่องเอกสารคุณภาพโรงพยาบาล ๔. คัดเลือก-ส่งผลงาน รางวัลคุณภาพการให้บริการของ กทม ๕. จัดทีม IS ลงเยี่ยมหน่วยงาน (โครงการเยี่ยมสำรวจภายใน) วันที่ ๓๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ใช้งบ = ๕๙,๙๒๖ บาท ๖. การคัดเลือก / ส่ง ผลงานการพัฒนาคุณภาพเพื่อนำเสนอในการประชุม ๑๙th HA National Forum ๗. จัดโครงการมหกรรมคุณภาพประจำปี ๖๑ วันที่ ๗-๙ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ใช้งบ = ๑๑๐,๐๙๑ บาท ๘. คัดเลือก - ส่งผลงานการพัฒนาคุณภาพนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๑๖ ของ สนพ. (ประเภท Poster Presentation , นวัตกรรม) ๙. คัดเลือก - ส่งผลงานนำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพ ภาคราชการและโรงพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ (จัดโดยสมาคมส่งเสริมคุณภาพแห่ง	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ประเทศไทยหรือ สคส.) ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๑๐. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการตามขั้นตอนในการก่อสร้างอาคาร (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๕๖.๑๖ (ติดปัญหาโครงสร้างเดิมใต้ดินทำให้ล่าช้า)	การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูงขนาด๕๐๐เตียง (ฝ่ายพัสดุ)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ดำเนินการ ดังนี้ โครงการก่อสร้างศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู หอพักแพทย์ หอพักพยาบาล และอาคารจอดรถ รพจ. กทม. ได้ทำสัญญาจ้าง บ. อาคาร ๓๓ จำกัด เป็นผู้ดำเนินการโครงการก่อสร้าง ตามสัญญาเลขที่ สนย. ๖๑/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๒ ก.ย. ๕๙ ระยะเวลาก่อสร้าง ๑,๐๘๐ วัน เริ่มสัญญา วันที่ ๒๓ ก.ย. ๕๙ และสิ้นสุดสัญญาวันที่ ๗ ก.ย. ๖๒ ค่าก่อสร้าง ๙๔๘,๔๘๐,๐๐๐.๐๐ บาท จากการติดตามความคืบหน้าการก่อสร้าง ผลงานนับถึงวันที่ ๕ ธ.ค. ๖๐ - ผลงานที่ได้ ๑๓.๑๔ % - ผลงานตามแผนงาน ๑๗.๓๑ % - ผลงานช้ากว่าแผน -๔.๑๗ % สำหรับอาคารหอพักแพทย์ ดำเนินการระบบป้องกันดินพัง (ปัก Sheet Pile) ได้ผลงานรวม ๙๘.๐๐ % งานขนย้ายดิน ได้ผลงานรวม ๙๕.๐๐ % งานฐานรากและตอม่อ ได้ผลงานรวม ๙๘.๒๒ % ทดสอบความสมบูรณ์ของเสาเข็ม ได้ผลงานรวม ๙๗.๙๖ %	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				งานพื้น ค.ส.ล. ชั้น B๑ ได้ผลงานรวม ๙๗.๖๙ % งานเสา กำแพง ค.ส.ล. ชั้น B๑ ได้ผลงานรวม ๘๓.๖๘ % สำหรับอาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู ดำเนินการระบบป้องกันดินพัง (ปัก Sheet Pile) ได้ผลงานรวม ๙๕.๐๐ % งานขนย้ายดิน ได้ผลงานรวม ๙๐.๐๐ % งานฐานรากและตอม่อ ได้ผลงานรวม ๑๐๐ % และทดสอบความสมบูรณ์ของเสาเข็ม ได้ผลงานรวม ๑๐๐ % งานพื้น ค.ส.ล. ชั้น B๒ ได้ผลงานรวม ๙๘.๐๙ % งานเสา กำแพง ค.ส.ล. ชั้น B๒ ได้ผลงานรวม ๙๘.๙๖ % งานพื้น ค.ส.ล.ชั้น B๑ ได้ผลงานรวม ๗๙.๓๒ % งานเสา กำแพง ค.ส.ล. ชั้น B๑ ได้ผลงานรวม ๑๒.๓๖% ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๗.๓๑ %) ไตรมาสที่ ๒ ดำเนินการ ดังนี้ ๑. โครงการก่อสร้างศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู หอพักแพทย์ หอพักพยาบาล และอาคารจอดรถ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ - สร้างโครงสร้างเสา และพื้นของอาคารจอดรถยนต์ และหอพักแพทย์ - สร้างเสาและพื้นของอาคารเวชศาสตร์ฟื้นฟู - ระบบป้องกันดินพัง และขนย้ายดินของอาคาร	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				หอพักพยาบาล - ระบบป้องกันดินพัง และชนยันดินของอาคาร เวชศาสตร์การกีฬา ความคืบหน้าของงานก่อสร้าง ทำได้ร้อยละ ๒๐.๔๘ ๒. โครงการก่อสร้างอาคารโภชนาการ เวชภัณฑ์กลาง ซักฟอก พัสตุ ศูนย์ผู้สูงอายุและศูนย์เด็กเล็กน่ายู่คู่ นมแม่ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ - ก่อสร้างอาคารโภชนาการ - ก่อสร้างอาคารศูนย์ผู้สูงอายุฯ ความคืบหน้าของงานก่อสร้างทำได้ร้อยละ ๒๗.๘๘ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ดำเนินการ ดังนี้ ๑. โครงการก่อสร้างศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และ เวชศาสตร์ฟื้นฟู หอพักแพทย์ หอพักพยาบาล และอาคารจอดรถ ขณะนี้อยู่ระหว่างการ ดำเนินการ - ผลงานตามแผนงาน ร้อยละ ๓๓.๖๑ - ผลงานที่ได้จริง ร้อยละ ๒๙.๙๓ - เปรียบเทียบผลงานตามแผนงานกับผลงานที่ ทำได้จริง ค่าซ้ำ ร้อยละ -๓.๖๘ ความคืบหน้าของงานก่อสร้าง ทำได้ร้อยละ ๒๙.๙๓	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๒. โครงการก่อสร้างอาคารโภชนาการ เวชภัณฑ์ กลาง ช็อกฟอก พัสตุ ศูนย์ผู้สูงอายุและศูนย์เด็กเล็กนํ้าอยู่คุ่นแม่ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ - ผลงานตามแผนงาน ร้อยละ ๗๑.๖๑ - ผลงานที่ทำได้จริง ร้อยละ ๘.๐๑ - เปรียบเทียบผลงานตามแผนงานกับผลงานที่ทำได้จริง ค่าซ้ำ ร้อยละ -๖๓.๖๔ ความคืบหน้าของงานก่อสร้าง ทำได้ร้อยละ ๒๗.๗๘ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสที่ ๔ ดำเนินการ ดังนี้ ๑. โครงการก่อสร้างศูนย์เวชศาสตร์การกีฬา และ เวชศาสตร์ฟื้นฟู หอพักแพทย์ หอพักพยาบาล และอาคารจอดรถ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ - ผลงานตามแผนงาน ร้อยละ ๔๑.๖๖ - ผลงานที่ทำได้จริง ร้อยละ ๓๖.๕๒ - เปรียบเทียบผลงานตามแผนงานกับผลงานที่ทำ ได้จริง ค่าซ้ำ ร้อยละ -๕.๑๔ (คิดเป็น ๔๒ วัน) ความคืบหน้าของงานก่อสร้าง ทำได้ร้อยละ ๔๑.๖๖ ๒. โครงการก่อสร้างอาคารโภชนาการ เวชภัณฑ์กลาง ช็อกฟอก พัสตุ ศูนย์ผู้สูงอายุและศูนย์เด็กเล็กนํ้าอยู่คุ่นแม่	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				คุ้มแม่ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ - ผลงานตามแผนงาน ร้อยละ ๙๘.๗๓ - ผลงานที่ทำได้จริง ร้อยละ ๑๓.๒๓ - เปรียบเทียบผลงานตามแผนงานกับผลงานที่ทำได้จริง ค่าซ้ำ ร้อยละ -๘๕.๕๐ (คิดเป็น ๓๐๗ วัน) ความคืบหน้าของงานก่อสร้าง ทำได้ร้อยละ ๑๓.๒๓ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๑๑. ความสำเร็จในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์บริการสาธารณสุข (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๙.๙๙	กิจกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินงาน) (ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย/ กง.เวชศาสตร์ชุมชน/ กง.ประกันสุขภาพ)	ไตรมาสที่ ๑ มีการดำเนินการ ดังนี้ขณะนี้ อยู่ระหว่างการเตรียมหัวข้อ และการประสานงานในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมายังรพจ. มีจำนวน๔๐,๑๙๙ครั้งโดยรพจ. ได้รับมารักษาต่อได้จำนวน ๔๐,๑๙๔ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๘๗ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมายังรพจ. มีจำนวน๒๓,๘๐๕ รายผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขและได้รับการรักษามีจำนวน ๒๓,๘๐๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๙๖ ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๕%)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ไตรมาสที่ ๒ มีการดำเนินการ ดังนี้ ๑. ดำเนินการประชุมเครือข่ายร่วมรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และศูนย์บริการสาธารณสุขครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ในวันพุธที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๑๐ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมายัง รพจ. มีจำนวน ๔๗,๓๒๙ ครั้ง โดย รพจ. ได้รับมารักษาต่อได้จำนวน ๔๗,๓๒๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๙ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมายัง รพจ. มีจำนวน ๓๒,๑๑๓ ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขและได้รับการรักษา มีจำนวน ๓๒,๑๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๙ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐%) ไตรมาสที่ ๓ ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนา	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				และประสานเครือข่ายระบบบริการทางการแพทย์และระบบส่งต่อของโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ วันที่ ๕ มิ.ย. ๖๑ เวลา ๐๙.๐๐ น. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมายัง รพจ. มีจำนวน ๔๑,๓๗๙ ครั้ง โดย รพจ. ได้รับมารักษาต่อได้จำนวน ๔๑,๓๗๙ ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมายัง รพจ. มีจำนวน ๒๕,๑๗๓ ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุข และได้รับการรักษา มีจำนวน ๒๕,๑๗๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ดำเนินการจัดประชุมเครือข่ายร่วมรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และศูนย์บริการสาธารณสุข ครั้งที่ ๒/๒๕๖๑ ในวันอังคารที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๑๐ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				สาธารณสุขมาয়้ง รพจ. มีจำนวน ๔๑,๔๖๒ ครั้ง โดย รพจ. ได้รับมารักษาต่อได้จำนวน ๔๑,๔๖๒ ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมาয়้ง รพจ. มีจำนวน ๒๑,๓๓๕ ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุข และได้รับการรักษา มีจำนวน ๒๑,๓๓๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ <u>รวม ๔ ไตรมาส</u> ดำเนินการประชุมเครือข่ายร่วมรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน ๒ ครั้ง และประชุมคณะกรรมการพัฒนาและประสานเครือข่ายระบบบริการทางการแพทย์และระบบส่งต่อของ รพ. ในสังกัด กทม. จำนวน ๑ ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมาয়้ง รพจ. มีจำนวน ๑๗๐,๓๖๙ ครั้ง โดย รพจ. ได้รับมารักษาต่อได้จำนวน ๑๗๐,๓๓๑ ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๙.๙๘ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขมาয়้ง รพจ. มีจำนวน ๑๐๒,๔๒๖ ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุข	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ																																																
				และได้รับการรักษา มีจำนวน ๑๐๒,๔๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๙ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)																																																	
๑๒. จำนวนช่องทางด่วน (Fast Track) ที่โรงพยาบาลจัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุ (ผลผลิต)	๓ ช่องทาง	๕ ช่องทาง	- กิจกรรมการเพิ่มช่องทางด่วน (Fast Track) ที่โรงพยาบาลจัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ฝ่ายวิชาการ/ก.ประกัน-สุขภาพ/ก.ชั้นสูตรโรคกลาง/ก.เภสัชกรรม/ก.รังสีวิทยา) - กิจกรรมปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส* ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ฝ่ายบริหารงานทั่วไป)	<table><tr><th colspan="6">ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพช่องทางพิเศษ (Fast Track) ประจำปี ๒๕๖๑</th></tr><tr><th>ช่องทางพัฒนา</th><th>ก่อนเริ่มดำเนินการ (นาท)</th><th>ไตรมาสที่ ๑/๖๑ (นาท)</th><th>ไตรมาสที่ ๒/๖๑ (นาท)</th><th>ไตรมาสที่ ๓/๖๑ (นาท)</th><th>ไตรมาสที่ ๔/๖๑ (นาท)</th></tr><tr><td>เวชระเบียน</td><td>๓๓</td><td>๓๒</td><td>๑๙</td><td>๑๕</td><td>๑.๕๐</td></tr><tr><td>ห้องตรวจ</td><td>๖๔</td><td>๔๔</td><td>๖๐</td><td>๖๕</td><td>๔๘</td></tr><tr><td>เภสัชกรรม</td><td>๑๖</td><td>๑๖</td><td>๑๔</td><td>๑๓</td><td>๑๓</td></tr><tr><td>เจาะเลือด</td><td>๘๘</td><td>๘๘</td><td>๗๑</td><td>๕๕</td><td>๕๐</td></tr><tr><td>เอ็กซเรย์</td><td>๖๒</td><td>๖๒</td><td>๕๑</td><td>๖๓</td><td>๓๖.๕๗</td></tr><tr><td>รวม</td><td>๒๖๓</td><td>๒๔๒</td><td>๒๑๕</td><td>๒๑๑</td><td>๑๔๙.๐๗</td></tr></table> ไตรมาสที่ ๑ รพจ. ดำเนินการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ดังนี้ ๑. อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดซื้อสติกเกอร์สำหรับติดกันลื่น บริเวณหน้าต่างอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี และติดหน้าอาคารกรุงเทพฯ (เพิ่มเติม) และด้านหลัง รพ. (บริเวณทางเชื่อม	ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพช่องทางพิเศษ (Fast Track) ประจำปี ๒๕๖๑						ช่องทางพัฒนา	ก่อนเริ่มดำเนินการ (นาท)	ไตรมาสที่ ๑/๖๑ (นาท)	ไตรมาสที่ ๒/๖๑ (นาท)	ไตรมาสที่ ๓/๖๑ (นาท)	ไตรมาสที่ ๔/๖๑ (นาท)	เวชระเบียน	๓๓	๓๒	๑๙	๑๕	๑.๕๐	ห้องตรวจ	๖๔	๔๔	๖๐	๖๕	๔๘	เภสัชกรรม	๑๖	๑๖	๑๔	๑๓	๑๓	เจาะเลือด	๘๘	๘๘	๗๑	๕๕	๕๐	เอ็กซเรย์	๖๒	๖๒	๕๑	๖๓	๓๖.๕๗	รวม	๒๖๓	๒๔๒	๒๑๕	๒๑๑	๑๔๙.๐๗	
ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพช่องทางพิเศษ (Fast Track) ประจำปี ๒๕๖๑																																																					
ช่องทางพัฒนา	ก่อนเริ่มดำเนินการ (นาท)	ไตรมาสที่ ๑/๖๑ (นาท)	ไตรมาสที่ ๒/๖๑ (นาท)	ไตรมาสที่ ๓/๖๑ (นาท)	ไตรมาสที่ ๔/๖๑ (นาท)																																																
เวชระเบียน	๓๓	๓๒	๑๙	๑๕	๑.๕๐																																																
ห้องตรวจ	๖๔	๔๔	๖๐	๖๕	๔๘																																																
เภสัชกรรม	๑๖	๑๖	๑๔	๑๓	๑๓																																																
เจาะเลือด	๘๘	๘๘	๗๑	๕๕	๕๐																																																
เอ็กซเรย์	๖๒	๖๒	๕๑	๖๓	๓๖.๕๗																																																
รวม	๒๖๓	๒๔๒	๒๑๕	๒๑๑	๑๔๙.๐๗																																																

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ระหว่างอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี กับอาคารอนุสรณ์ ๒๐ ปี) ๒. อยู่ระหว่างการปรับปรุงทาสีที่จอดรถผู้พิการ จำนวน ๒ จุด ๒.๑ ทาสีบริเวณด้านหน้าอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ข้างศาลพระพรหม) ๒.๒ ทาสีบริเวณทางขึ้น-ลง ชั้น ๒ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ความก้าวหน้าของโครงการ(๒๕%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> รพจ. ดำเนินการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ดังนี้ ๑. ดำเนินการติดสติ๊กเกอร์กันลื่น บริเวณหน้าทางเข้าด้านข้างธนาคารกรุงไทย ๒. ดำเนินการทาสีเครื่องหมายห้ามจอดชั่วคราว บริเวณทางขึ้น-ลง ชั้น ๒ และทางเข้าอุบัติเหตุ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> รพจ. ดำเนินการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกแก่	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ดังนี้ ๑. ดำเนินการติดสติ๊กเกอร์กันลื่น บริเวณหน้าทางเข้าอุบัติเหตุ ๒. ปรับปรุงบันไดทางขึ้น จากความสูงห่างของบันได ๑๗ ซม. เป็นสูง ๑๕ ซม. บริเวณหน้าทางเข้าห้องอุบัติเหตุ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) รพจ. ดำเนินการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ดังนี้ ๑. ปรับปรุงบันได บริเวณทางเชื่อมอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี กับอาคารอนุสรณ์ ๒๐ ปี ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๑๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของสำนักการแพทย์ได้รับการคัดกรองสุขภาพหรือตรวจสุขภาพประจำปี (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๒๓.๒๑ (สมาชิก ๕๑๗ ราย ได้รับการตรวจสุขภาพในโครงการ ๑๒๐ ราย)	- โครงการประกวดสุขภาพผู้สูงอายุสำนักการแพทย์ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (กองเวชศาสตร์ชุมชน)	ไตรมาสที่ ๑ รพจ. มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่ยังมีการติดต่อกับชมรมฯ ในช่วงเวลา ๕ ปี จำนวน ๕๓๒ ราย โดยได้ดำเนินการโครงการประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักการแพทย์ ดังนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ขณะนี้อยู่ระหว่างเตรียมการประชุมร่วมกับสำนักการแพทย์ เพื่อดำเนินการโครงการตามแผนในช่วงเดือนเมษายน ๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕%) ไตรมาสที่ ๒	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				อยู่ระหว่างการเตรียมการประกวดและ ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดีเข้าประกวดโครงการประกวดสุขภาพ ผู้สูงอายุร่วมกับสำนักงานแพทย์ โดยการจัดให้มี กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ สำหรับ ผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๙ คน ดำเนินการจัดโครงการ ตรวจสอบสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ๓ ครั้ง ดังนี้ - ครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๕ มี.ค. ๖๑ เป็นการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีทรวงอก - ครั้งที่ ๒ ในวันที่ ๖ มี.ค. ๖๑ เป็นการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีทรวงอก - ครั้งที่ ๓ ในวันที่ ๑๓ มี.ค. ๖๑ กิจกรรม พบแพทย์และส่งเสริมสุขภาพ ตามหลัก ๓ อ. ได้แก่ การสาธิตและฝึกปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การ ออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ ประกวด สุขภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้สูงอายุ สุขภาพดี ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๐%) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ส่ง	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ รพจ. เข้าร่วมประกวดสุขภาพ จำนวน ๒ ราย ในโครงการประกวดสุขภาพ ผู้สูงอายุสำนักการแพทย์ ได้รับรางวัลชนะเลิศในรุ่น ๖๕-๗๕ ปี ได้แก่ คุณกรรณิการ์ นิมิตรุฒิ และรางวัลชนะเลิศในรุ่น ๗๕ ปี ขึ้นไป ได้แก่ คุณสุเทพ อัสวสนศิริ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
			- โครงการกีฬาสร้างสัมพันธ์รักสุขภาพผู้สูงอายุสำนักการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)(ก.ง.เวชศาสตร์ชุมชน)	ไตรมาสที่ ๑ รพจ. ได้ดำเนินการโครงการกีฬาสร้างสัมพันธ์รักสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักการแพทย์ ดังนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ขณะนี้อยู่ระหว่าง การเตรียมการดำเนินการร่วมกับสำนักการแพทย์ เพื่อดำเนินการโครงการตามแผนในวันที่ ๒๒ ก.พ. ๒๕๖๑ ณ สนามกีฬาไทย-ญี่ปุ่น ดินแดง ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕%) ไตรมาสที่ ๒ ดำเนินการโครงการสร้างสัมพันธ์รักสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักการแพทย์ในวันที่ ๒๒ ก.พ. ๒๕๖๑ ณ อาคารกีฬาเวสน์ ๒ ศูนย์กีฬาเยาวชนกรุงเทพมหานคร (ไทย - ญี่ปุ่น) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐๐ คน โดยเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาหลายประเภท ได้แก่ กีฬาเปตอง ชีฟเฟิลบอร์ด โบว์ลิ่งสนาม เดินทอน ปา	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				เป้า โยนห่วง วิ่ง เป็นต้น ในการนี้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สามารถคว้ารางวัลในการแข่งขันกีฬาคีฬาครั้งนี้ ได้แก่ - ถ้วยรวมกีฬา รางวัลชนะเลิศ อันดับที่ ๑ - ถ้วยการประกวดเชียร์ริตเตอร์ รางวัลชนะเลิศ อันดับที่ ๓ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐%)	
			- โครงการสัมมนาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)(กง.เวช ศาสตร์ชุมชน)	ไตรมาสที่ ๑ รพจ. ได้ดำเนินการโครงการสัมมนาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดังนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ขณะนี้อยู่ระหว่างเตรียมการประชุมร่วมกับสำนักงานแพทย์ เพื่อดำเนินการโครงการตามแผนในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕%) ไตรมาสที่ ๒ ดำเนินการโครงการพัฒนาศักยภาพสมาชิกผู้สูงอายุสำนักงานแพทย์ ในระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๖ มี.ค. ๖๑ ณ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีสมาชิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เข้าร่วมจำนวน ๑๙ คน ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
			- โครงการตรวจสอบสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประจำปี ๒๕๖๑ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (กองเวชศาสตร์ชุมชน)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> รพจ. มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่ยังมีการติดต่อกับชมรมฯ ในช่วงเวลา ๕ ปี จำนวน ๑๒๐ ราย โดยได้ดำเนินการโครงการตรวจสอบสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ดังนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ขณะนี้อยู่ระหว่าง การเสนอขออนุมัติโครงการ และเตรียมการดำเนินการโครงการตามแผนในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๔๐%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการจัดโครงการตรวจสอบสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ๓ ครั้ง ดังนี้ - ครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๕ มี.ค. ๖๑ เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีทรวงอก - ครั้งที่ ๒ ในวันที่ ๖ มี.ค. ๖๑ เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีทรวงอก - ครั้งที่ ๓ ในวันที่ ๑๓ มี.ค. ๖๑ กิจกรรมพบแพทย์และส่งเสริมสุขภาพ จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ๑๒๐ คน ณ ห้องประชุมชั้น ๓ อาคารอนุสรณ์ ๒๐ ปี และห้องประชุมอุดมสังวรญาณ ชั้น ๒๓ อาคาร ๗๒ พรรษา มหา	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ราชินี รพจ. ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๐%) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการจัดโครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดกรองและตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๙ ราย - ร้อยละ ๒๒.๓๗ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรอง และตรวจสุขภาพประจำปี (จากสมาชิกทั้งหมด ๕๓๒ ราย รับการตรวจคัดกรองตามโครงการ ๑๑๙ ราย) - ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๘๑.๗๑ - ผู้เข้าร่วมโครงการ มีการรับรู้ความด้านการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๓๗ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๑๔. ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย และ/หรือผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหรือตนเองได้ถูกต้อง (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๕	โครงการสร้างเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ (Well-being Caring) ไม่ใช่งบประมาณ (ดำเนินการ) (ฝ่ายการพยาบาล)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ดำเนินการประชุมเพื่อวางแผนดำเนินการให้ความรู้ - ดำเนินการให้ความรู้ร่วมกับทีมสหสาขา เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๖ ครั้ง ณ ห้องตรวจอายุรกรรมตั้งแต่เดือน ม.ค.- มิ.ย. ๖๑ ขณะนี้อยู่ระหว่างการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมกิจกรรม และเสนอโครงการฯ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐%) ไตรมาสที่ ๒ ขณะนี้อยู่ระหว่าง - การจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ (Well-being Caring) ของ รพจ. - จัดทำสื่อการสอน ในรูปแบบ VDO - การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ป่วยใน ที่นอน รพ. ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๔๐ ราย - จะเริ่มดำเนินการสอนภายในเดือน เม.ย. ๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๐ %) ไตรมาสที่ ๓ - จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คกก.เสริมพลังผู้ป่วยและญาติ (Well being caring) ของ รพจ. เรียบร้อยแล้ว ประกอบด้วยทีมสหสาขา แพทย์จิตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ พยาบาล และนักเวชศาสตร์ฟื้นฟู - ประชุมคกก.ดำเนินการที่ประชุมเห็นว่าการสอนที่ห้องตรวจอายุรกรรม ติดปัญหาเรื่องสถานที่คับแคบ จึงมีแนวทางการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยที่ห้องปรึกษาสุขภาพชั้น ๓ เป็นราย Case และให้หอผู้ป่วยรวมประเมินทักษะหลังเรียน และก่อนกลับบ้าน	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๓. นำแบบประเมินความรู้และทักษะผู้ป่วยและญาติ ที่จัดทำโดยหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมาใช้ในการ ประเมินผู้ป่วยร่วมกัน ๔. เริ่มดำเนินการบันทึก VDO สื่อการสอนเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง โดย พญ.อังคณา เทพเลิศ บุญ การเตรียมอาหารปั่น โดยนักโภชนาการ อยู่ ในช่วงติดต่อ ๕. จัดทำสื่อการสอนเป็น Power Point และคู่มือ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแจกให้ผู้ดูแล กลับไปทบทวนที่บ้าน ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๑. เริ่มดำเนินการบันทึก VDO สื่อการสอนเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง โดย พญ.อังคณา เทพเลิศ บุญ การเตรียมอาหารทางสายยาง โดยนัก โภชนาการ และอยู่ในช่วงติดต่อ คือ วิธี ทำอาหารทางสายยาง และการให้อาหารทาง สายยาง ๒. จัดทำสื่อการสอนเป็น Power point และคู่มือ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แจกให้ ผู้ดูแลกลับไปทบทวนที่บ้าน	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๓. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๔๐ ราย ครบตาม จำนวนที่กำหนด ผลการดำเนินกิจกรรม ๑. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๙๕ ๒. อัตราความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ระดับมากขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๕๘ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๑๕. ร้อยละของบุคลากรมี ความพึงพอใจต่อองค์กร อยู่ในระดับดี (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๘๐ (ระดับดีขึ้นไป)	ร้อยละ ๘๐.๘	- โครงการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตบุคลากร (Happy Work Place) ไม่ใช่ งบประมาณ (ดำเนินการ) (ฝ่ายวิชาการ/ทุก หน่วยงาน)	ไตรมาสที่ ๑ ดำเนินการทบทวนแบบประเมินความพึงพอใจความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อมั่นในศักยภาพตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำข้อมูล เพื่อนำไปประมวลผลแบบประเมินเพื่อจัดทำสรุป เสนอผู้บริหารต่อไป พร้อมนี้ได้ดำเนินการโครงการ ต่างๆ ที่ รพจ. ดำเนินการให้กับบุคลากร เพื่อเป็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร ซึ่งอยู่ระหว่าง การดำเนินการจัดทำโครงการ ความก้าวหน้าของ โครงการ(๒๕ %) ไตรมาสที่ ๒ ๑. ดำเนินการทบทวนแบบประเมินความพึงพอใจ ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในศักยภาพ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ทำการสรุปผลการ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ประเมินความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละของบุคลากรที่มีความพึงพอใจต่อองค์กรอยู่ในระดับดี (ขึ้นไป) เท่ากับ ๘๐.๘ ๒. ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ที่ รพจ. ดำเนินการให้กับบุคลากร เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร จำนวน ๔ โครงการ/กิจกรรม (ตามเอกสารที่แนบ) ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ๑. ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ที่ รพจ. ดำเนินการให้กับบุคลากร เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร จำนวน ๑๓ โครงการ/กิจกรรม (ตามเอกสารที่แนบ) ๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Happy Work Place ของ รพจ. เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการต่างๆ ให้กับบุคลากร ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๑. ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ที่ รพจ. ดำเนินการให้กับบุคลากร เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร จำนวน ๑๕ โครงการ/กิจกรรม (ตามเอกสารที่แนบ)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Happy Work Place ของ รพจ. เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการต่างๆ ให้กับบุคลากร โดยมีการจัดกิจกรรมผ่อนคลายจิตจำนวน ๓ รุ่น ดังนี้ - รุ่นที่ ๑ จัดกิจกรรม ณ จังหวัด อโยธยา ในวันเสาร์ที่ ๒๑ ก.ค. ๖๑ - รุ่นที่ ๒ จัดกิจกรรม ณ จังหวัด เพชรบุรี ในวันเสาร์ที่ ๑๘ ส.ค. ๖๑ - รุ่นที่ ๓ จัดกิจกรรม ณ จังหวัด ราชบุรี ในวันเสาร์ที่ ๑๕ ก.ย. ๖๑ (อยู่ระหว่างรอดำเนินการ) ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
			- โครงการอบรมการป้องกันและระงับอัคคีภัยและฝึกซ้อมดับเพลิงและหนีไฟงบประมาณ ๗๖,๕๐๐.- บาท (ดำเนินการ) (กง. ศัลยกรรม)	ไตรมาสที่ ๑ อยู่ระหว่างการดำเนินการขอรายชื่อบุคลากรเข้ารับการอบรม และกำหนดวันฝึกอบรม ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐ %) ไตรมาสที่ ๒ เตรียมจัดพิมพ์โครงการ พิมพ์รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม และประสานวิทยากร ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอขออนุมัติโครงการ คำสั่งคณะกรรมการ และคำสั่งผู้เข้ารับการอบรม	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ดำเนินการจัดอบรมเรียบร้อยแล้ว ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
			- โครงการอบรม เชิงปฏิบัติการพัฒนา ศักยภาพการวิจัยแก่ บุคลากรงบประมาณ ๘๓,๒๐๐.-บาท (ดำเนินการ) (ศูนย์วิจัย)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนา ศักยภาพการวิจัยแก่บุคลากร จัดอบรมระหว่าง วันที่ ๑๕-๑๖ มี.ค. ๖๑ ขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอ โครงการเพื่อขออนุมัติจากผู้อำนวยการ รพจ. ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการจัดอบรมเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้ อยู่ระหว่างสรุปผลการดำเนินการ โครงการและจัดทำฎีกาเบิกค่าใช้จ่ายประจำปี งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๙๐%) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างการแก้ไขฎีกา เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๙๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ดำเนินการเบิกจ่ายฎีกา โดยส่งเรื่อง ฎีกาที่แก้ไขแล้วให้ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี เรียบร้อยแล้ว ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
			โครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยเด็กและทารกแรกเกิด งบประมาณ ๓๔,๕๐๐.- บาท (ดำเนินการ) (ก. กุมารเวชกรรม)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการขอรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำคำสั่งผู้เข้าอบรม เสนอผู้บริหาร กำหนดวันประชุมเตรียมความพร้อมของการอบรม เตรียมความพร้อมของวิทยากร เพื่อให้งานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> จัดทำโครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยเด็กและทารกแรกเกิด ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการ คำสั่งผู้เข้าอบรมฯ เพื่อเสนอขออนุมัติโครงการฯ จากผู้บริหาร ต่อไป ความก้าวหน้าของโครงการ (๔๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดอบรมรุ่นสุดท้ายในวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมอุดมสังวรญาณ ชั้น ๒๓ รพจ. ความก้าวหน้าของโครงการ (๘๐ %) ดำเนินการจัดโครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยเด็กและทารกแรกเกิดเสร็จสิ้นแล้ว พร้อมทั้งจัดทำรายงานการอบรมเสนอผู้บริหารเรียบร้อยแล้ว ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
			- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ผู้ใหญ่) งบประมาณ ๒๔,๖๐๐.- บาท (ดำเนินการ) (ฝ่ายการพยาบาล)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการขอรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำคำสั่งผู้เข้าอบรม เสนอผู้บริหาร กำหนดวันประชุมเตรียมความพร้อมของการอบรม เตรียมความพร้อมของวิทยากร เพื่อให้งานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ผู้ใหญ่) ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๒ ก.พ. ๖๑ ณ ห้องประชุมอุดมสังวรญาณ ชั้น ๒๓ อาคาร ๗๒ พรรษามหาราชนี รพจ. แบ่งการอบรมเป็นจำนวน ๖ รุ่น รุ่นละครึ่งวัน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น ๖๓๑ คน ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๔๕๑ คน ซึ่งเป็นข้าราชการ กทม. ระดับปฏิบัติงาน-ชำนาญงาน ระดับปฏิบัติการ-ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค จำนวน ๔๗๘ คน และบุคคลภายนอก ซึ่งปฏิบัติงานใน รพจ. จำนวน ๔ คน - รุ่นที่ ๑ จำนวน ๗๗ คน - รุ่นที่ ๒ จำนวน ๙๑ คน - รุ่นที่ ๓ จำนวน ๗๑ คน	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				- รุ่นที่ ๔ จำนวน ๙๕ คน - รุ่นที่ ๕ จำนวน ๗๖ คน - รุ่นที่ ๖ จำนวน ๗๒ คน <u>ผลการประเมิน</u> ๑. ผู้มีรายชื่อเข้าอบรม ๔๘๒ คน เข้ารับการอบรม ๔๗๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๘ ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดให้ มีผู้เข้ารับการอบรมมากกว่า ร้อยละ ๙๕ ของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้ไม่ได้เข้ารับการอบรมจำนวน ๓ คน เนื่องจาก ลาป่วย ๒ คน ย้าย ๑ คน ๒. ในการฝึกปฏิบัติ มีผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติทั้ง ๓ ฐาน จำนวน ๔๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๘ (ไม่ผ่าน ๒ คน) ซึ่งผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ร้อยละ ๙๐ ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการ ส่ง สนพ. ความก้าวหน้าของโครงการ (๙๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการโครงการเรียบร้อยแล้ว ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน						หมายเหตุ
๑๖. อัตราความสำเร็จการร ักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ผลลัพธ์)	≥ ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๒.๖๖ (คนไข้เสียชีวิต และไม่สามารถ ติดต่อได้)	- กิจกรรมการพัฒนา ระบบเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการรักษา วัณโรคของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	ผู้ป่วยที่ นำมา ประเมิน	ไตรมาสที่ ๑ (ราย)	ไตรมาสที่ ๒ (ราย)	ไตรมาสที่ ๓ (ราย)	ไตรมาสที่ ๔ (ราย)	รวม ๔ ไตรมาส (ราย)	
				ผู้ป่วยราย ใหม่เสมอหะ บวก	๒๑	๑๖	๗	๑๐	๕๔	
				ผู้ป่วยราย ใหม่เสมอหะ ลบ	๑๓	๒๑	๕	๑๑	๕๐	
				ผู้ป่วยราย ใหม่ไม่มีผล เสมอหะ/ ไม่ได้ตรวจ	-	-	-	-	-	
				ผู้ป่วยรายใหม่ วัณโรค นอกปอด	๑๓	๑๔	๗	๔	๓๘	
				ผู้ป่วย กลับเป็นซ้ำ	๑	๕	-	๒	๘	
				ผลการรักษา หาย	๑๗	๑๑	๔	๑๑	๔๓	
				ผลการรักษา ครบ	๒๕	๒๙	๑๓	๑๔	๘๑	
				คิดเป็น ร้อยละ	๘๗.๕	๗๑.๔๒	๘๙.๔๗	๙๒.๕๙	๘๒.๖๖	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
			- กิจกรรมรณรงค์ป้องกัน วัณโรคไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	ไตรมาสที่ ๑ ดำเนินการ ดังนี้ ๑. จัดสอนสุขศึกษา ให้กับผู้ป่วยและญาติ และผู้ป่วยที่เริ่มยารายใหม่ทุกราย ๒. ติดตามผู้ป่วยทั้งก่อนมา F/U และผู้ป่วยที่ขาดนัด เพื่อป้องกันการขาดยา ๓. ประสานงานกับ Refer center และศูนย์อนามัยใกล้บ้านผู้ป่วย เพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) ไตรมาสที่ ๒ ๑. ติดตามผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยที่ขาดนัด เพื่อมารักษาต่อ ๒. ประสานงานกับศูนย์อนามัย และเรือนจำ เพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย ๓. จัดนิทรรศการให้ความรู้ในสัปดาห์วันวัณโรคโลก พร้อมแจกแผ่นพับเรื่อง “โรควัณโรค ให้กับผู้มารับบริการใน รพ.” ในวันที่ ๑๙-๒๔ มีนาคม ๒๕๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน		หมายเหตุ
				๑. จัดให้ความรู้เรื่องโรคโควิด โรค แก่ผู้มารับ บริการที่คลินิกโควิด ๒. ในกรณีผู้ป่วย Loss F/U มีระบบติดตาม ผู้ป่วยให้มารับการรักษาที่ รพ. ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๑. ทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการขาดการ รักษาโควิดในผู้ป่วยโควิดทุกรายที่รักษาที่ clinic โควิด ๒. จัดทำแบบฟอร์มประวัติผู้ป่วยโควิดเพิ่ม โดยเพิ่มแผนที่บ้าน ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)		
๑๗. ความสำเร็จของ	ร้อยละ	ร้อยละ ๑๐๐	การจัดตั้งหน่วยแพทย์แผน	ประเภท	ปี ๒๕๖๑	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน						หมายเหตุ
สถานพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครที่มี บริการแพทย์แผนไทย/ แพทย์ทางเลือก (ผลผลิต)	๑๐๐	(ผู้มารับบริการ ๒,๘๒๘ ราย)	ไทยและ/หรือแพทย์ ทางเลือก ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	การให้บริการ	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔	รวม ๔ ไตรมาส	
				นวด	๑๓	๕๐	๑๒	๔	๗๙	
				ประคบ สมุนไพร	๘	๐	๑๖	๖	๓๐	
				นวดและ ประคบ	๖๗๕	๔๒๗	๑๕๔	๑๑๗	๑,๓๗๓	
				อบสมุนไพร	๔๔	๖๘	๓๘	๒๓	๑๗๓	
				รับยา สมุนไพร	๕๔	๗๑	๔๑	๔๑	๒๐๗	
				ฝังเข็ม	๑๖๖	๓๐๓	๓๑๔	๑๘๓	๙๖๖	
๑๘. จำนวนของนวัตกรรมที่ ถูกนำมาใช้งานจริง มากกว่า ๑ ส่วนราชการ (ผลผลิต)	๔ เรื่อง (ร่วมกับ สนพ.)	นวัตกรรม ๔ เรื่อง ได้แก่ ๑. The Code ๒. Unplug easy ๓. Saw Knock ๔. กระเป๋า เอนกประสงค์	โครงการสัมมนาวิชาการ ประจำปีครั้งที่ ๑๖ สำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	ไตรมาสที่ ๑ ๑. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ ประจำปี ครั้งที่ ๑๖ ของสำนักงานการแพทย์ อยู่ระหว่างรอดำเนินการ ๒. สำนักงานการแพทย์ ได้จัดการประชุมชี้แจงสถิติ วิธีการใช้ผลงานนวัตกรรม และวิธีการเก็บข้อมูล ตัวชี้วัด จำนวนของนวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้งานจริง มากกว่า ๑ ส่วนราชการ ในวันศุกร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมพิทยรักษ์ ชั้น ๔ สนพ. โดยมอบหมายให้ รพ. ในสังกัด สนพ. ทำการสรุปข้อมูลจากการเข้าร่วมประชุม ว่าในแต่						

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ละ รพ. จะเลือกนวัตกรรมตัวใดไปดำเนินการ รพจ. พิจารณาแล้ว คัดเลือก ๔ นวัตกรรม ได้แก่ - The Code ของ รพก. - Unplug easy ของรพจ. (ศูนย์เครื่องมือแพทย์) - Saw knock ของ รพก. - กระเป๋าเอนกประสงค์ ของ รพส. ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ๑. นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๑๖ ของสำนักงานแพทย์ เรียบร้อยแล้ว ๒. รพจ. พิจารณาดำเนินการนวัตกรรม ที่จะนำมาใช้งานจริงมากกว่า ๑ ส่วนราชการ ตั้งแต่วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๐ ดังนี้ ๑. The Code ของโรงพยาบาลกลาง หน่วยงานที่ใช้นวัตกรรม ได้แก่ - หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กรรม ๑๔ - หอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอด ๑๓ ๒. Unplug easy ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (ศูนย์เครื่องมือแพทย์) หน่วยงานที่ใช้นวัตกรรม ได้แก่	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				- หอผู้ป่วยที่ใช้ Infusion Pump ๓. Saw knock ของโรงพยาบาลกลาง หน่วยงานที่ใช้นวัตกรรม ได้แก่ - หอผู้ป่วยชาย ๑๖ - หอผู้ป่วยหญิง ๑๖ ๔. กระเป๋าเอนกประสงค์ ของโรงพยาบาลสิรินธร หน่วยงานที่ใช้นวัตกรรม ได้แก่ - หอผู้ป่วยชาย ๑๒ ดำเนินการทำแบบประเมินความพึงพอใจ ของนวัตกรรมที่นำไปใช้งานจริง (ตามแบบประเมินความพึงพอใจที่แนบ) ดังนี้ ๑. The Code จำนวน ๒๔ ฉบับ ๒. Unplug easy จำนวน ๔๓ ฉบับ ๓. Saw knock จำนวน ๖๓ ฉบับ ๔. กระเป๋า จำนวน ๑๐ ฉบับ เอนกประสงค์ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างการเตรียมการนำเสนอ ผลงานในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๑๖	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				สำนักการแพทย์ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๑. นำเสนอในวันที่ ๑๕ -๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๑ จำนวนผลงานการพัฒนาคุณภาพรวมจำนวน ๙ เรื่อง แยกเป็นประเภท Poster Presentation ๗ เรื่อง ได้แก่ ๑. CKP Type ๑ DM Care Term ๒. Dilantin ไม่กินหวาน ๓. นาฬิกา falling Timer ๔. Yes I can ๕. ตัดก่อนไต่สาย เตือนก่อนสั่งจ่าย ๖. แผ่นแนบกายคลายหนาว ๗. ห้องประชุม Online และประเภทนวัตกรรม จำนวน ๒ เรื่อง ได้แก่ ๑. สื่อประชาสัมพันธ์ก้าวทันยุค Thailand ๔.๐ ๒. The Twin คู่กันจนวันตาย โดย ได้รับรางวัลดังนี้ - รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ ๒ การประกวด Oral Presentation (วิจัยภาษาอังกฤษ) ชื่อผลงาน : The Outcomes of Recombinant Tissue Plasminogen	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				Activator (rtPA) Setting at Charoenkrung Pracharak Hospital โดย : นางสาวท้าวพร องค์พิเชฐเมธา และนาย วิศรุต นันทะสี - รางวัลชมเชย การประกวด Poster Presentation ชื่อผลงาน : CKP Type ๑ DM Care Team โดย : นายศุภกรวุฒิ สุขสันติเลิศ - รางวัล Popular Vote การประกวดนวัตกรรม ชื่อผลงาน : สื่อประชาสัมพันธ์ก้าวทันยุค Thailand ๔.๐ โดย : นางลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล - รางวัลขวัญใจกรรมการ การประกวด Poster Presentation ชื่อผลงาน : ตัดก่อนไถว้ย เตือนก่อนสั่งจ่าย โดย : นางสาวสุพรรณษา ใหม่เอี่ยม ๒. ดำเนินการทำแบบประเมินความพึงพอใจ ของ นวัตกรรมที่นำไปใช้งานจริง (ตามแบบประเมิน ความพึงพอใจ ที่แนบ) ดังนี้ - The Code จำนวน ๕ ฉบับ - Unplug easy จำนวน ๑๘ ฉบับ - Saw knock จำนวน ๑๕ ฉบับ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				- กระเป๋าเอนกประสงค์ จำนวน ๔ ฉบับ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๑๙. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๗.๕๓๒	กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	ไตรมาสที่ ๑ - ผู้ป่วยนอก จำนวน ๕๐๐ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๔๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๐๐๐ - ผู้ป่วยใน จำนวน ๔๕๙ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๔๕๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๒๕๗ รวม ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๙๕๙ ราย มีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน ๙๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๑๖ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) ไตรมาสที่ ๒ - ผู้ป่วยนอก จำนวน ๔๐๔ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๔๐๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๐๑๐ - ผู้ป่วยใน จำนวน ๔๕๐ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๔๔๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๓๓ รวม ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๘๕๔ ราย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				มีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน ๘๔๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๑๘๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> - ผู้ป่วยนอก จำนวน ๓๓๕ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๓๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๘๐๖ ผู้ป่วยใน ๔๕๙ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๔๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๓๔๖ <u>รวม</u> ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๗๙๔ ราย มีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน ๗๘๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๑๑๘ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ผู้ป่วยนอก จำนวน ๓๘๙ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๓๗๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๓๐ ผู้ป่วยใน ๔๘๙ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๔๗๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๕๔๖ <u>รวม</u> ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๘๗๘ ราย มีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน ๘๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖๙๗	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				<u>รวม ๔ ไตรมาส</u> ผู้ป่วยนอก จำนวน ๑,๖๒๘ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๑,๕๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๓๑๔ ผู้ป่วยใน ๑,๘๕๗ ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน ๑,๘๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๐๐ <u>รวม</u> ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๓,๔๘๕ ราย มีความพึงพอใจระดับมาก จำนวน ๓,๓๙๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๕๓๒ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๒๐. จำนวนแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ (ผลผลิต)	๒ เรื่อง (รวมทั้ง สนพ.)	๒ เรื่อง ได้แก่ ๑. Palliative Care ๒. Medication Error	โครงการพัฒนารูปแบบปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> <u>Palliative Care</u> ๑. สำรวจการฝึกอบรมของคณะทำงาน Palliative Care Ward Nurse ๒. วางแผนส่งคณะทำงาน Palliative Care Ward Nurse ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Palliative Care ได้เข้าอบรม จากสถาบันภายนอกต่างๆ ๓. วางแผน ส่งพยาบาลผู้ประสานงานการดูแล	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง <u>Medication Error</u> อยู่ระหว่างการจัดตั้งคณะกรรมการฯ เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศในเรื่อง Medical Error ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> <u>Palliative Care</u> ๑. ดำเนินการส่งพยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง : PCN) เข้ารับการศึกษหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง หลักสูตร ๔ เดือน จำนวน ๑ ราย (อยู่ระหว่างเข้ารับการศึกษ เดือน มี.ค.-มี.ย. ๖๑) ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ๒. ดำเนินการส่งคณะทำงาน Palliative Care Ward Nurse : PCWN เข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นจากสถาบันภายนอก จำนวน วันอบรม ๒-๓ วัน รวม ๓ หลักสูตร ผู้เข้ารับการอบรม รวม ๗ ราย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				โดยมีผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้ <u>ไตรมาสที่ ๑</u> ๑. ผู้ป่วยที่ส่งใบปรึกษา จำนวน ๓๔ ราย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากจำนวนทั้งหมด ๓๔ ราย ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๓๔ ราย เสียชีวิต ๑๒ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด ได้รับการตอบสนองในการเลือกสถานที่เสียชีวิต จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๓๔ ราย เสียชีวิต ๑๒ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด เสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่มี การปั๊มหัวใจ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>ไตรมาสที่ ๒</u>	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๑. ผู้ป่วยที่ส่งไปปรึกษา จำนวน ๓๙ ราย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากจำนวนทั้งหมด ๓๙ ราย ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๓๙ ราย เสียชีวิต ๑๐ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด ได้รับการตอบสนองในการเลือกสถานที่เสียชีวิต จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓ ๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๓๙ ราย เสียชีวิต ๑๐ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด เสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่มีการป้อนหัวใจ จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓ รวม ๒ ไตรมาส ๑. ผู้ป่วยที่ส่งไปปรึกษา จำนวน ๗๒ ราย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๗๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ประคับประคอง จากจำนวนทั้งหมด ๗๒ ราย ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๗๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๗๒ ราย เสียชีวิต ๒๔ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด ได้รับการตอบสนองในการเลือกสถานที่เสียชีวิต จำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๗ ๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๗๒ ราย เสียชีวิต ๒๔ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด เสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่มีการปั๊มหัวใจ จำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๗ ขณะนี้ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) อยู่ระหว่างการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ อีกทั้งสหสาขาที่มียังไม่ครบถ้วน จึงทำให้ตัวชี้วัดบางตัว ไม่สามารถตอบได้ภายในไตรมาสที่ ๑-๒ <u>Medication Error</u> อยู่ระหว่างการประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ Medical Error ความก้าวหน้าของโครงการ (๖๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				<u>ไตรมาสที่ ๓</u> <u>Palliative Care</u> ๑. ผู้ป่วยที่ส่งใบปรึกษา จำนวน ๒๗ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๒๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากจำนวนทั้งหมด ๒๗ ราย ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๓๐ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๒๗ ราย เสียชีวิต ๑๓ ราย ในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดได้รับการตอบสนองในการเลือกสถานที่เสียชีวิต จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๒๗ ราย เสียชีวิต ๑๓ ราย ในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดเสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่มีการป้อนหัวใจ จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๕. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ญาติ จำนวน ๒๗ ราย ได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family meeting และ Advance Care Plan (ACP) จากทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๖. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๒๗ ราย ได้รับการประเมิน (Pain score) และจัดการอาการปวด จำนวน ๒๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๗. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังจำหน่าย จำนวน ๑๓ ราย ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Plan (ACP) และการเยี่ยมบ้าน จากทีมอนามัยชุมชน จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙๒ Medication Error ดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา ในวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๑ และมีการประชุมสรุปกิจกรรมลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ผ่านมา ร่วมกับ สนพ. ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสถี ๔ Palliative Care ดำเนินการดังนี้ คณะทำงานพัฒนาวิธีปฏิบัติการที่เป็นเลิศ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				สนพ. กทม. เข้าตรวจประเมินวิธีปฏิบัติการที่เป็นเลิศของ รพจ. กรณีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ครั้งที่ ๑ ประจำปี ๖๑ ในวันที่ ๑๑ ก.ค. ๖๑ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล ชั้น ๙ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี งานเยี่ยมบ้าน Palliative Care ไปถึงบ้าน คุณมาหาเราไม่ไหว ... ไม่เป็นไรเดียวทีมเราไปเยี่ยมถึงบ้านด้วยใจ ในวันเสาร์ที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ ณ ซอยเจริญกรุง ๑๐๙ ๑. ผู้ป่วยที่ส่งใบปรึกษา จำนวน ๔๐ ราย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากจำนวนทั้งหมด ๔๐ ราย ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๔๐ ราย เสียชีวิต ๑๗ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด ได้รับการตอบสนองในการเลือกสถานที่เสียชีวิต จำนวน ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				จำนวน ๔๐ ราย เสียชีวิต๑๗ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด เสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่มีการปั๊มหัวใจ จำนวน ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๕. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและญาติ จำนวน ๔๐ ราย ได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family meeting และ Advance Care Plan (ACP) จากทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๖. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๔๐ ราย ได้รับการประเมิน (Pain score) และจัดการอาการปวด จำนวน ๔๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๗. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังจำหน่าย จำนวน ๑๐ ราย ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Plan (ACP) และการเยี่ยมบ้าน จากทีมอนามัยชุมชน จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ๘. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังจำหน่าย จำนวน - ราย ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน จำนวน - ราย คิดเป็นร้อยละ - (ผู้ป่วยไม่	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				ต้องการอุปกรณ์) ผู้ป่วยรายใหม่ที่อยู่ในเกณฑ์คัดกรอง จำนวน - ราย ได้รับการปรึกษา การดูแลแบบประคับประคอง จำนวน - ราย คิดเป็นร้อยละ - เพิ่มขึ้นร้อยละ - (แพทย์เจ้าของไข้พิจารณา ส่งปรึกษา) รวม ๔ ไตรมาส ๑. ผู้ป่วยที่ส่งไปปรึกษา จำนวน ๑๔๐ ราย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๑๔๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากจำนวนทั้งหมด ๑๔๐ ราย ระดับดีขึ้นไป จำนวน ๑๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕๗ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๑๔๐ ราย เสียชีวิต ๕๒ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมดได้รับการตอบสนองในการเลือกสถานที่เสียชีวิต จำนวน ๕๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๑๔๐ ราย เสียชีวิต ๕๒ ราย ในจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมดเสียชีวิตอย่างสงบโดยไม่มี การปั๊มหัวใจ จำนวน ๕๒ ราย คิดเป็นร้อยละ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๑๐๐ ๕. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและญาติ จำนวน ๖๗ ราย ได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family meeting และ Advance Care Plan (ACP) จากทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๖. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน ๖๗ ราย ได้รับการประเมิน (Pain score) และจัดการอาการปวด จำนวน ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๗. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังจำหน่าย จำนวน ๒๓ ราย ได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Plan (ACP) และการเยี่ยมบ้าน จากทีมอนามัยชุมชน จำนวน ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๒๒ ๘. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ภายหลังจำหน่าย จำนวน - ราย ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน จำนวน - ราย คิดเป็นร้อยละ - ๙. ผู้ป่วยรายใหม่ที่อยู่ในเกณฑ์คัดกรอง จำนวน - ราย ได้รับการปรึกษา การดูแลแบบประคับประคอง จำนวน - ราย คิดเป็นร้อยละ -	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				(แพทย์เจ้าของไข้พิจารณา ส่งปรึกษา) Medication Error ดำเนินการดังนี้ - นำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ. (Medication error) ซึ่งเป็นมาตรฐานกลางของ รพ. ในสังกัด สนพ. สู่การปฏิบัติ - ตรวจเยี่ยมประเมินจากคณะทำงานพัฒนาวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) สำนักการแพทย์ กรณีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ใน รพ. (Medication error) ในวันที่ ๑ พ.ค. ๖๑ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ - ฝ่ายการพยาบาล รพจ. จัดประชุมคณะทำงานความคลาดเคลื่อนทางยา ในวันที่ ๑๖ ก.ค. ๖๑ เพื่อสรุปข้อปัญหาการแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา ณ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล ชั้น ๙ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
๒๑. ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่สำคัญ (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๙๓	ร้อยละ ๙๕.๐๕	กิจกรรมการสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	<u>ไตรมาสที่ ๑ ข้อมูลการส่งต่อในไตรมาสที่๑</u> ๑ ต.ค. ๖๐ – ๑๕ ธ.ค. ๖๐ <u>เด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนดและมารดาเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด</u> จำนวน ๑๒ ราย รับไว้รักษาจำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ <u>ศัลยกรรมประสาทและสมอง</u> จำนวน ๒๓ ราย รับไว้รักษาจำนวน ๒๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>อุบัติเหตุ</u> จำนวน ๖ ราย รับไว้รักษาจำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>กระดูกและข้อ</u> จำนวน ๒ ราย รับไว้รักษาจำนวน ๒ ราย	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>รวมไตรมาสที่ ๑</u> จำนวน ๔๓ ราย รับไว้รักษาจำนวน ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๐๒ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕%) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ๖๐ ๑๖ ธ.ค. ๖๐ – ๑๕ มี.ค. ๖๑ มีการประชุมเครือข่ายร่วมรักษาพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และ ศูนย์บริการสาธารณสุขครั้งที่ ๑/๒๕๖๑ ในวันพุธ ที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐-๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๑๐ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชนิ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ <u>เด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนดและมารดา</u> <u>เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด</u> จำนวน ๘ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ <u>ศัลยกรรมประสาทและสมอง</u>	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				จำนวน ๒๘ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>อุบัติเหตุ</u> จำนวน ๕ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐ <u>กระดูกและข้อ</u> จำนวน ๔ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ <u>รวมไตรมาสที่ ๒</u> จำนวน ๔๕ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๑๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓๓ค. ๖๑ – ๑๕ มิ.ย. ๖๑- ๑๕ ธ.ค. ๖๐</u> มีการประชุมคกก.จัดทำคู่มือด้านระบบส่งต่อ ผู้ป่วย วันที่ ๑๐ พ.ค. ๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ห้อง ประชุมชั้น ๑๐ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี เด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนดและมารดาเจ็บ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				<u>กรรมกรก่อนกำหนด</u> จำนวน ๑๓ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>ศัลยกรรมประสาทและสมอง</u> จำนวน ๒๒ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>อุบัติเหตุ</u> จำนวน ๔ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>กระดูกและข้อ</u> จำนวน ๑ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>รวมไตรมาสที่ ๓</u> จำนวน ๔๐ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๔๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ๖๑ – ๑๕ ก.ย. ๖๑- ๑๕ ธ.ค. ๖๐	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				มีการประชุมในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๑๐ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี <u>เด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนดและมารดาเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด</u> จำนวน ๔ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>ศัลยกรรมประสาทและสมอง</u> จำนวน ๘ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>อุบัติเหตุ</u> จำนวน - ราย รับไว้รักษา จำนวน - ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>กระดูกและข้อ</u> จำนวน ๑ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>รวมไตรมาสที่ ๔</u> จำนวน ๑๒ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>รวม ๔ ไตรมาส</u> ๑ ต.ค. ๖๐ - ๑๕ ก.ย. ๖๑- เด็กแรกเกิดและคลอดก่อนกำหนดและมารดาเจ็บ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				<u>กรรมกรก่อนกำหนด</u> จำนวน ๓๗ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๔๙ <u>ศัลยกรรมประสาทและสมอง</u> จำนวน ๘๑ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ <u>อุบัติเหตุ</u> จำนวน ๑๕ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓ <u>กระดูกและข้อ</u> จำนวน ๘ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ <u>รวม ๔ ไตรมาส</u> จำนวน ๑๔๑ ราย รับไว้รักษา จำนวน ๑๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๐๕ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๒๒. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน ที่ขอรับ บริการทางการแพทย์ ฉุกเฉินขั้นสูง (Advanced) สามารถ	ขั้นสูง (Advanced) ร้อยละ ๓๐ ขั้นพื้นฐาน (Basic)	ขั้นสูง ๑๐ นาที (Advanced) ร้อยละ ๖๗.๓๔ ๑๕ นาที ร้อยละ ๒๓.๙๑	กิจกรรมการเพิ่ม ประสิทธิภาพการเข้าถึง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในระบบบริการการแพทย์- ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร	<u>ไตรมาสที่ ๑</u> - เดือนตุลาคม ๖๐ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถ ได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๗๗ ครั้ง	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
ได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที และส่วนของขั้นพื้นฐาน (Basic) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๖๕ (รพจ. ไม่มีการดำเนินการในขั้นพื้นฐานจะมีก็แต่ที่ ศบฉ. เท่านั้น)		ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๙๑ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๑๓ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๙๑ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙ - เดือนพฤศจิกายน ๖๐ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการ ภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๖๔ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๘๒ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๑๓ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๖ - เดือนธันวาคม ๖๐ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๒๖ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๓๕ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๒๙	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๘ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๓๕ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๘๖ สรุป ในไตรมาสที่ ๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๑๖๗ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๐๔ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๘๖ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๓๔ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๐๔ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๗ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> - เดือนมกราคม ๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๕๐ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๖๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๖๓	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๑๕ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๖๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๓๙ - เดือนกุมภาพันธ์ ๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๖๖ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๘๑ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๔๘ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๑๕ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๘๑ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๕๒ - เดือนมีนาคม ๒๕๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๒๑ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๘ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				จำนวน ๕ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๕๒ สรุป ในไตรมาสที่ ๒ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๑๓๗ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๗๕ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๘ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๓๕ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ - เดือนเมษายน ๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๕๒ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๐ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๒๙	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๑๗ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๐ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๒๙ - เดือนพฤษภาคม ๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการ ภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๓๙ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๕ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๑๙ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๖๘ - เดือนมิถุนายน ๒๕๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการ ภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๓๖ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๔๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๙ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				นาที่ จำนวน ๘ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๔๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๓๙ สรุป ในไตรมาสที่ ๓ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๑๒๗ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๙๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๘๐ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๔๔ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๙๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๗๙ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสที่ ๔ (ใช้ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๑ – ๑๕ - เดือนกรกฎาคม ๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๕๒ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๔๓	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				* ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๒๑ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๗๖ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖๓ - เดือนสิงหาคม ๖๑ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๒๑ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๕ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๖ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๘ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๔๓ สรุป ในไตรมาสที่ ๔ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๗๓ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๐๔ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๑๙ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				จำนวน ๒๗ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๐๔ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๙๖ รวม ๔ ไตรมาส * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นบริการขั้นสูง (Advance) สามารถได้รับบริการภายใน ๑๐ นาที จำนวน ๒๐๐ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๙๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๓๔ * ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถได้รับบริการภายใน ๑๕ นาที จำนวน ๗๑ ครั้ง จากผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๙๗ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	
๒๓. จำนวนคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ” (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	- การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	ดำเนินการตามมาตรฐานตามเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาล ได้ครบทั้ง ๒๐ ข้อ และได้รับการตรวจประเมิน เรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างรอผลการประเมิน	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
			- กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ)	ไตรมาสที่ ๑ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ดังนี้ ๑. การให้บริการผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน ๒. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ๓. ดูแลสุขภาพในช่องปาก/ทันตกรรม ๔. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ๕. การจัดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ๖. ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ๗. การให้โอกาสได้ทำกิจกรรมอาสาความก้าวหน้า ของโครงการ (๒๕ %) ไตรมาสที่ ๒ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ดังนี้ ๑. การให้บริการผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน ๒. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ๓. ดูแลสุขภาพในช่องปาก/ทันตกรรม ๔. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ๕. การจัดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ๖. ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ๗. การให้โอกาสได้ทำกิจกรรมอาสา ซึ่งการดำเนินการในไตรมาสที่ ๒ ได้ดำเนินการโครงการผู้สูงอายุพันธุ์ สุขภาพดี ชีวิตมีสุข ในวันที่ ๑๔ มี.ค. ๖๑ เวลา ๑๓.๐๐ น. เพื่อลงพื้นที่ตรวจ	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				สุขภาพฟันและช่องปาก พร้อมให้ความรู้ทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในชุมชนมาตานุสรณ์ เขตบางคอแหลม กทม. โดยมีผู้เข้ารับบริการ จำนวน ๕๐ ราย ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ อย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ๑. การให้บริการผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน ๒. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ๓. ดูแลสุขภาพในช่องปาก/ทันตกรรม (คนไข้จากคลินิกผู้สูงอายุ นัดวันศุกร์) ๔. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ๕. การจัดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ (ในคลินิกผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรม สอนออกกำลังกาย และเล่นเกมก่อนเริ่มการตรวจ) ๖. ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ๗. การให้โอกาสได้ทำกิจกรรมอาสา ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ อย่างต่อเนื่อง ดังนี้	

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
				๑. การให้บริการผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน ๒. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ๓. ดูแลสุขภาพในช่องปาก/ทันตกรรม (คนไข้จากคลินิกผู้สูงอายุ นวัตกรรม) ๔. การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ๕. การจัดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ (ในคลินิกผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรม สอนออกกำลังกาย และเล่นเกมก่อนเริ่มการตรวจ) ๖. ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ๗. การให้โอกาสได้ทำกิจกรรมอาสา ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)	

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

- การดำเนินการของแต่ละหน่วยงาน ที่ร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล และเอกสารประกอบในแต่ละตัวชี้วัด

ปัญหาอุปสรรค

-

หลักฐานอ้างอิง

- ตามเอกสารการรายงานผลการดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ.๒๕๖๑ รายไตรมาสที่ ๒/๒๕๖๑

คำชี้แจงผลการปฏิบัติราชการ (กรณีการดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย)

-

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff

มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๑ ร้อยละความสำเร็จในการใช้จ่ายงบประมาณ

๒.๑.๑ ร้อยละความสำเร็จของการก่องหนี่ผูกพัน

ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นายอนุพงษ์ ทิวศ์ษา

เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๗๗๖

ตำแหน่ง : หัวหน้าฝ่ายพัสดุ

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ คะแนนผลสำเร็จของการประเมินการก่องหนี่ผูกพันต่อ ๑ คะแนน

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
คะแนนร้อยละของความสำเร็จของการก่องหนี่ผูกพัน	๑	๒	๓	๔	๕

ผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
๒.๑.๑				

คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :

ไตรมาสที่ ๑ รพจ. ได้รับงบประมาณปี พ.ศ.๒๕๖๑ เป็นเงิน ๔๗,๕๔๓,๐๐๐- บาท รวม ๒๖ รายการ (๑๐๐ %) (ตามเอกสารที่แนบ)

ความก้าวหน้าของโครงการ (๓๔.๐๘ %)

ไตรมาสที่ ๒ ความก้าวหน้าของโครงการ คิดเป็น ๗๓.๙๒ % เพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ ๑ คิดเป็น + ๓๙.๘๔ % (ตามเอกสารที่แนบ)

ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๓.๙๒ %)

ไตรมาสที่ ๓

ความก้าวหน้าของโครงการ คิดเป็น ๙๒.๕๘ % เพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ ๒ คิดเป็น + ๑๘.๖๖. % (ตามเอกสารที่แนบ)

ความก้าวหน้าของโครงการ (๙๒.๕๘ %)

ไตรมาสที่ ๔ ความก้าวหน้าของโครงการ คิดเป็น ๙๖.๘๔ % เพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ ๓ คิดเป็น +๔.๒๖ % (ตามเอกสารที่แนบ)

ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

หลักฐานอ้างอิง :

เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

หลักฐานอ้างอิง :

เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์					
ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff					
มติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๑ ร้อยละความสำเร็จของการใช้จ่ายงบประมาณ ๒.๑.๓ ร้อยละของเงินกันไว้เบิกเหลือมปี					
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : น.ส.สุดารัตน์ พุ่มนิล			เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๓๘๐		
ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ					
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๐.๔ คะแนนผลสำเร็จของการประเมินเงินกันไว้เบิกเหลือมปี ต่อ ๑ คะแนน					
ระดับคะแนน		๑	๒	๓	๔
คะแนนร้อยละของเงินกันไว้เบิกเหลือมปี		๐.๔	๐.๘	๑.๒	๑.๖
ผลการดำเนินงาน :					
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	
๒.๑.๓					
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : ไตรมาสที่ ๑ ได้รับอนุมัติกันเงินไว้เบิกเหลือมปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๙๑๖,๖๕๒ บาท เบิกจ่ายแล้ว ๕ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๖๐๑,๗๖๓ บาท อีก ๑ รายการค่าเครื่องแต่งกาย รอส่งของตามสัญญา ๑๖ ก.พ. ๖๑ ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) ไตรมาสที่ ๒ ได้รับอนุมัติกันเงินไว้เบิกเหลือมปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๙๑๖,๖๕๒ บาท เบิกจ่ายแล้ว ๕ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๖๐๑,๗๖๓ บาท ค่าเครื่องแต่งกาย อยู่ระหว่างส่งมอบพัสดุ ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %) ไตรมาสที่ ๓ ได้รับอนุมัติกันเงินไว้เบิกเหลือมปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๙๑๖,๖๕๒ บาท เบิกจ่ายแล้ว ๕ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๖๐๑,๗๖๓ บาท ค่าเครื่องแต่งกาย อยู่ระหว่างคำนวณค่าปรับ ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) ไตรมาสที่ ๔ ได้รับอนุมัติกันเงินไว้เบิกเหลือมปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๖ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๙๑๖,๖๕๒ บาท เบิกจ่ายแล้ว ๖ รายการ เป็นจำนวนเงิน ๒,๙๑๖,๖๕๒ บาท ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)					
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :					

-
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์																
ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff																
มติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๒ คะแนนของความสำเร็จในการจัดทำงานการเงิน ๒.๒.๑คะแนนของความสำเร็จของการจัดทำงานการเงินทันเวลาและถูกต้อง																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : น.ส.จิตาณี กลัดสมบัติ เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๓๘๐ ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน + - ๑ คะแนนการจัดทำงาน ต่อ ๑ คะแนน																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนของการจัดทำงานเงินที่ทำได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	คะแนนของการจัดทำงานเงินที่ทำได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
คะแนนของการจัดทำงานเงินที่ทำได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลการดำเนินงาน :																
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๒.๑																
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : ดำเนินการจัดทำงานการเงินประจำปี ๒๕๖๑ ของ รพจ. ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และแล้วเสร็จตามกำหนดเวลา																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : -																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -																
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑																

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์																
ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff																
มติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๒ คะแนนของความสำเร็จในการจัดทำงบการเงิน ๒.๒.๒ คะแนนของความสำเร็จของการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สิน ประจำปี ๒๕๖๐ ทันเวลาและถูกต้อง																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นายอนุพงษ์ ทิวังค์ษา			เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๗๗๖													
ตำแหน่ง : หัวหน้าฝ่ายพัสดุ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ คะแนนการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สิน ต่อ ๑ คะแนน																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนของการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สิน ที่ทำได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	คะแนนของการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สิน ที่ทำได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
คะแนนของการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สิน ที่ทำได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลการดำเนินงาน :																
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๒.๒																
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :																
ดำเนินการจัดทำบัญชีมูลค่าทรัพย์สินประจำปี ๒๕๖๑ ของ รพจ. ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และแล้วเสร็จตามกำหนดเวลา																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :																
-																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :																
-																
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑																

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

การแพทย์ต่อไป

ความก้าวหน้าของโครงการ (๖๐ %)

ไตรมาสที่ ๔

ส่งผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดพร้อมเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องตามความรับผิดชอบให้สนพ. และอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำแบบ ปย.๑ และ ๒ เพื่อส่ง สนพ. ต่อไป

ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

หลักฐานอ้างอิง :

เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff																
มิติที่ : ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๑ ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องที่ได้รับแจ้งจากประชาชน/ผู้รับบริการ																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นายณัฐวัฒน์ ลิขิตบุญรัตน์ เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๓๘๒																
ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๐.๒๕ ต่อ ๑ คะแนน																
<table border="1"> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องที่ได้รับแจ้งจากประชาชน/ผู้รับบริการ</td> <td>≤ ๖</td> <td>๖.๒๕</td> <td>๖.๕</td> <td>๖.๗๕</td> <td>๗</td> </tr> </table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องที่ได้รับแจ้งจากประชาชน/ผู้รับบริการ	≤ ๖	๖.๒๕	๖.๕	๖.๗๕	๗
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องที่ได้รับแจ้งจากประชาชน/ผู้รับบริการ	≤ ๖	๖.๒๕	๖.๕	๖.๗๕	๗											
ผลการดำเนินงาน :																
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๓.๑																
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : <u>ไตรมาสที่ ๑</u> รพจ. ได้รับข้อร้องเรียนจำนวน ๓ เรื่อง (ตามเอกสารที่แนบ) โดยได้ดำเนินการแก้ไขและตอบเรื่องร้องเรียนผ่านระบบเรื่องราวจึงทุกข้ภายใน ๓ วันทำการ นับจากโรงพยาบาลได้รับแจ้ง เรียบร้อยแล้ว ทุกเรื่อง ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %)																
<u>ไตรมาสที่ ๒</u> รพจ. ได้รับข้อร้องเรียนจำนวน ๔ เรื่อง (ตามเอกสารที่แนบ) โดยได้ดำเนินการแก้ไขและตอบเรื่องร้องเรียนผ่านระบบเรื่องราวจึงทุกข้ภายใน ๓ วันทำการ นับจากโรงพยาบาลได้รับแจ้ง เรียบร้อยแล้ว ทุกเรื่อง ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %)																
<u>ไตรมาสที่ ๓</u> รพจ. ได้รับข้อร้องเรียนจำนวน ๓ เรื่อง (ตามเอกสารที่แนบ) โดยได้ดำเนินการแก้ไขและตอบเรื่องร้องเรียนผ่านระบบเรื่องราวจึงทุกข้ภายใน ๓ วันทำการ นับจากโรงพยาบาลได้รับแจ้ง เรียบร้อยแล้ว ทุกเรื่อง ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %)																
<u>ไตรมาสที่ ๔</u> รพจ. ได้รับข้อร้องเรียนจำนวน ๒ เรื่อง (ตามเอกสารที่แนบ) โดยได้ดำเนินการแก้ไขและตอบเรื่องร้องเรียนผ่านระบบเรื่องราวจึงทุกข้ภายใน ๓ วันทำการ นับจากโรงพยาบาลได้รับแจ้ง เรียบร้อยแล้ว ทุกเรื่อง จัดการอบรมการบริหารความขัดแย้งกับการจัดการข้อร้องเรียน ในวันที่ ๕-๖ ก.ค. ๖๑ ณ ห้องประชุมอุดมสังว ญาณ ชั้น ๒๓ ๗๒ พรรษา มหาราชินี																
<u>รวม ๔ ไตรมาส</u> รพจ. ได้รับข้อร้องเรียนจำนวน ๑๒ เรื่อง (ตามเอกสารที่แนบ) โดยได้ดำเนินการแก้ไขและตอบเรื่องร้องเรียนผ่านระบบเรื่องราวจึงทุกข้ภายใน ๓ วันทำการ นับจากโรงพยาบาลได้รับแจ้ง เรียบร้อยแล้ว ทุกเรื่อง ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)																

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff																		
มิติที่ : ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๒ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด (Best Service)																		
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๐๙๑ ตำแหน่ง :																		
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> <tr> <td>ผลคะแนนการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด(ร้อยละ)</td> <td>๙๐</td> <td>๙๕</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๑๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>๐</td> <td>๕</td> <td></td> </tr> </table>	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลคะแนนการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด(ร้อยละ)	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๑๐				๐	๕	
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕													
ผลคะแนนการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด(ร้อยละ)	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๑๐													
			๐	๕														
ผลการดำเนินงาน : <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <th>ตัวชี้วัดที่</th> <th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>คะแนนที่ได้</th> <th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th> </tr> <tr> <td>๓.๒</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๓.๒												
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก														
๓.๒																		
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : <u>ไตรมาสที่ ๑</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างการเตรียมการดำเนินงานการให้บริการ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามที่สำนักการแพทย์กำหนด ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ - ร้อยละของผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการใช้บริการ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุ มากกว่า ๑ ครั้ง/ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ บุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ๘ สาขา (แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด) ๒.๑ เข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๑ เรื่อง “Challenge and solution for healthy ageing in Thailand : Add life to years” จัดโดย สมาคมพญาวินาศ และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ วันที่ ๗-๙ มี.ค. ๖๑ ได้แก่ - พญ.พัชรา ธนธีระพงษ์ (แพทย์) - น.ส.ชญญกรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ (พยาบาลวิชาชีพ) - นายวีรวิทย์ เสาววัฒนพัฒน์ (เภสัชกร) - น.ส.ภาพร คล่องกิจเจริญ (นักโภชนาการ) ๒.๒ เข้าร่วมอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องระยะแรก (Cognitive Stimulation) จัดโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่																		

- นางธนิศา โกษาวิ้ง (นักจิตวิทยา) (รุ่น ๖ อบรมวันที่ ๑๒-๑๕ ก.พ. ๖๑)

- น.ส.ชัยญกรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ (พยาบาลวิชาชีพ) (รุ่น ๗ วันที่ ๒๖ ก.พ.-๑ มี.ค.๖๑)

๓. ผู้สูงอายุต้องพึงพิงผู้อื่นปานกลางถึงพึงพิงผู้อื่นทั้งหมดที่เข้าเงื่อนไขการส่งต่อได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

- ผู้สูงอายุที่มีใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน Basic ADL และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการพึงพิงปานกลาง ถึงพึงพิงมาก ทั้งหมด ๖ คน และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ๖ คน

๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าเงื่อนไขในการส่งต่อ ได้รับการบริการครบทุกด้านตามบริการที่จำเป็น

- ผู้สูงอายุที่มีใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน Basic ADL และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการพึงพิงปานกลาง ถึงพึงพิงมาก ทั้งหมด ๖ คน และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ๖ คน
- ผู้ป่วยในสูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีอาการเข้าเงื่อนไขการส่งต่อเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยจะส่งข้อมูลให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อส่งเยี่ยมบ้านทุกรายโดยอาจเยี่ยมเอง หรือส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุข

ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %)

ไตรมาสที่ ๓

๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ

- ร้อยละของผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการใช้บริการ ร้อยละ ๑๐๐

๒. บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุ มากกว่า ๑ ครั้ง/ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

บุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ๘ สาขา (แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด)

* พญ.พัชรา ธนธีรพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

* น.ส.ชัยญกรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

* น.ส.เอมอร อินทนุช พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการเข้ารับการอบรมประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๐ ครั้งที่ ๖ ในหัวข้อเรื่อง “Know more Dementia” โดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ระหว่างวันที่ ๓๐ พ.ย. - ๑ ธ.ค. ๖๐

* น.ส.ชัยญกรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เข้าอบรม Introduction to Gerontology Course ระหว่างวันที่ ๑๕ เม.ย. - ๑๕ พ.ค. ๖๑

* น.ส.ชัยญกรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เข้าร่วมประชุมวิชาการการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม Integrated Geriatric Care จัดโดย รพ. ราชพิพัฒน์

* น.ส.ชัยญกรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เข้าร่วมประชุมวิชาการ The ๙th Asian/Southeast Asia MCA ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๙ พ.ค. ๖๑

* น.ส.ศศิวิมล หนูขาว นักโภชนาการ เข้าร่วมประชุมวิชาการ หัวข้อเรื่อง "ความท้าทายของงานโภชนาการ และการกำหนดอาหารในสังคมผู้สูงอายุ The Challenge of Nutrition and Dietetics in Aging Society" ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ พ.ค. ๖๑

๓. ผู้สูงอายุต้องพึงพิงผู้อื่นปานกลางถึงพึงพิงผู้อื่นทั้งหมดที่เข้าเงื่อนไขการส่งต่อได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแล

ต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

- ผู้สูงอายุที่มีใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน Basic ADL และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการฟื้นฟูปานกลาง ถึงฟื้นฟูมาก ทั้งหมด ๖ คน และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ๖ คน
๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าเงื่อนไขในการส่งต่อ ได้รับการบริการครบทุกด้านตามบริการที่จำเป็น
- ผู้สูงอายุที่มีใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน Basic ADL และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการฟื้นฟูปานกลาง ถึงฟื้นฟูมาก ทั้งหมด ๖ คน และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ๖ คน
 - ผู้ป่วยในสูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีอาการเข้าเงื่อนไขการส่งต่อเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยจะส่งข้อมูลให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อส่งเยี่ยมบ้านทุกรายโดยอาจเยี่ยมเอง หรือส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุข
๕. ผู้สูงอายุต้องฟื้นฟูอื่นปานกลางถึงฟื้นฟูอื่นทั้งหมดที่เข้าเงื่อนไขการส่งต่อได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
- ผู้สูงอายุที่มีใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน Basic ADL และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการฟื้นฟูปานกลาง ถึงฟื้นฟูมาก ทั้งหมด ๖ คน และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ๖ คน
๖. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าเงื่อนไขในการส่งต่อ ได้รับการบริการครบทุกด้านตามบริการที่จำเป็น
- ผู้สูงอายุที่มีใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน Basic ADL และได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการฟื้นฟูปานกลาง ถึงฟื้นฟูมาก ทั้งหมด ๖ คน และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน ๖ คน
 - ผู้ป่วยในสูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีอาการเข้าเงื่อนไขการส่งต่อเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยจะส่งข้อมูลให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อส่งเยี่ยมบ้านทุกรายโดยอาจเยี่ยมเอง หรือส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุข

ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %)

ไตรมาสที่ ๔ ดำเนินการ ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ
 - ร้อยละของผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ ๑๐๐
๒. บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุมากกว่า ๑ ครั้ง/ปี มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ ๘๐
 - บุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพ มี ๘ สาขา
 - น.ส. ชุตินา จันทน์ฉาย เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ ๒๕ เรื่อง How to promote Active Ageing? Role of Physical Therapy and Health-Related problems วันที่ ๒๑-๒๒ ก.ค ๒๕๖๑ ที่โรงแรมเดอะ รอยัล ริเวอร์
 - พญ. พลอย เรื่องสิทธิปัญญา น.ส.สัญญากรณ์ โรจน์สุริยวงศ์ พยาบาลวิชาชีพ และนายวีรวิทย์ เสาววัฒนพัฒน์ เกษักรเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี "Siriraj International Conference in Medical and Public Health (SICMPH ๒๐๑๘)" วันที่ ๑-๓ ส.ค ๒๕๖๑ ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๓. ผู้สูงอายุต้องพึงพิงผู้อื่นปานกลางถึงพึงพิงทั้งหมดที่เข้าเงื่อนไขการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ - ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน BASIC Adl ผลการประเมินเป็น พึ่งพิงผู้อื่นปานกลางถึง พึ่งพิงทั้งหมด ๒๙ คน และส่งข้อมูลให้งานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเยี่ยมบ้าน ๒ คน (เป็นคนไข้ใหม่ และจำนวนนอกจากนี้ ๒๗ คน เป็นคนไข้ที่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านแล้ว แต่สภาพผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น) ๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าเงื่อนไขในการส่งต่อได้รับการครบทุกด้านตามจำเป็น - ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน BASIC Adl ผลการประเมินเป็น พึ่งพิงผู้อื่นปานกลางถึง พึ่งพิงทั้งหมด ๒๙ คน และส่งข้อมูลให้งานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้าน ๒ คน - ผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีอาการเข้าเงื่อนไขการส่งต่อเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยจะส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อส่งเยี่ยมบ้านทุกรายโดยอาจเยี่ยมเองหรือส่งต่อศูนย์บริการ สาธารณสุข ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ประเภทหน่วยงาน :
☒ Line
☐ Staff
☐ Line & Staff

มิติที่ : ๓
ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๓
ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวสุนันทา วินธิมา
เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๕๖๓
ตำแหน่ง :พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ ระดับ ต่อ ๑ คะแนน

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความพึงพอใจ	๑	๒	๓	๔	๕

ผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก
๓.๓				

คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :

ไตรมาสที่ ๑
อยู่ระหว่างการสำรวจข้อมูล และออกแบบประเมินความพึงพอใจของประชาชน
ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐ %)

ไตรมาสที่ ๒
อยู่ระหว่างการดำเนินการสำรวจข้อมูล
ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๐ %)

ไตรมาสที่ ๓
ไตรมาสที่ ๓
อยู่ระหว่างการดำเนินการรวบรวมข้อมูล เพื่อประมวลผลความพึงพอใจของประชาชน
ความก้าวหน้าของโครงการ (๖๐ %)

ไตรมาสที่ ๔
กองงานผู้ตรวจฯ ได้แจ้งผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ. สังกัด สนพ. ครั้งที่ ๑ ดดยผลสำรวจมาจากค่าเฉลี่ย แบบสำรวจความพึงพอใจของ ชรก. และบุคลากร ของ กทม. และ ชรก. การเมือง จำนวน ๑๐๐ คน และแบบสำรวจของผู้รับบริการในกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน ๑๕๐ คน ผลการสรุปแบบสำรวจความพึงพอใจในกลุ่มประชาชนทั่วไป และชรก. และบุคลากรของ กทม. และ ชรก. การเมือง ในภาพรวม สนพ. ได้รับความพึงพอใจจากผู้มารับบริการในระดับมาก ที่คะแนนเฉลี่ยจากทุกคำถาม คิดเป็น ๓.๘๗๓ และ ๓.๙๕๙ จากคะแนนเต็ม ๕ ของคำถาม ๑๕ ข้อหลักใน ๖ ด้าน และได้รับความพึงพอใจจากผู้ตอบแบบสอบถามในระดับมากที่สุด ที่คะแนนเฉลี่ยจากทุกคำถาม คิดเป็น ๔.๐๐๒ และระดับมากที่สุดคิดเป็น ๓.๘๙๕ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๕ ของคำถามที่เกี่ยวกับการกิจเฉพาะของ สนพ. ประเด็นสำรวจที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด คือด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้รับคะแนนเฉลี่ยที่ ๔.๑๑๔ และ ๔.๑๕๔ คะแนน ส่วนข้อคำถามย่อยที่ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริตไม่แสวงหาผลประโยชน์ในทางมิชอบ ประเด็นสำรวจที่ได้รับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านการบริการผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ได้รับคะแนนเฉลี่ยที่ ๓.๕๕๙ และ ๓.๗๒๒ คะแนน ส่วนข้อคำถาม

ย่อยที่ได้รับความนิยมน้อยที่สุด คือ Website/LINE/FB ค้นหาข้อมูลสะดวก และมีขั้นตอนการใช้งานที่ง่าย ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างสรุปผลการสำรวจรอบที่ ๒ ของกองงานผู้ตรวจฯ

ซึ่ง รพจ. ได้ดำเนินการให้บริการ โดยมีการออกแบบระบบงาน มีคู่มือถาม-ตอบ ในการให้บริการประชาชน มีแบบประเมินความพึงพอใจ (กล่องถูกใจ Like Box) มีคอมพิวเตอร์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ เพื่อสืบค้นข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนการให้บริการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และมีการประชุมระดับบริหารเดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงาน และการปรับปรุงงาน รวมถึงการร่วมกันทบทวนระบบงาน

ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :

-

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

หลักฐานอ้างอิง :

เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๑. เรื่องการกระทำความทุจริตในภาครัฐฐานปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริต (ตามเอกสารที่แนบ)
๒. เรื่องการปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ตามเอกสารที่แนบ)

โดยได้ดำเนินการชี้แจงข้อเท็จจริง และจัดส่งเอกสารเพิ่มเติมไปยังเลขานุการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ ภายใน ๑๕ วันทำการ นับจากโรงพยาบาลได้รับแจ้ง เรียบร้อยแล้ว ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๔</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. ประชาสัมพันธ์ ธรรมนูญป้องกันการทุจริตคอร์รัปชัน ในวันที่ ๒ ก.ค. ๖๑ ณ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี รพจ. ๒. ประกาศเผยแพร่เปิดเผยชื่อข้อมูลการจัดหาพัสดุ-การจัดซื้อจัดจ้างให้สาธารณชนทราบ ๓. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน พรบ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : -
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -
หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ประเภทหน่วยงาน : ☒ Line ☐ Staff ☐ Line & Staff																
มิติที่ : ๔ ชื่อตัวชี้วัด : ๔.๒ ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงาน ๔.๒.๑ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงาน																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน :คุณพิลาวรรณ อินทากัย เบอร์โทรศัพท์ : ๐๒-๒๘๙-๗๓๘๓ ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน																
<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>๑</th><th>๒</th><th>๓</th><th>๔</th><th>๕</th></tr><tr><td>ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงาน</td><td>๖๐</td><td>๗๐</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td></tr></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงาน	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงาน	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐											
ผลการดำเนินงาน :																
<table><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr><tr><td>๔.๒.๑</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๔.๒.๑						
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๔.๒.๑																
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : <u>ไตรมาสที่ ๑</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. วางแผนจัดซื้อสติกเกอร์ สำหรับติดกันลื่น บริเวณหน้าทางเข้าด้านข้างธนาคารกรุงไทย ๒. วางแผนปรับปรุงทาสีที่จอดรถผู้พิการ จำนวน ๒ จุด ๒.๑ ทาสีบริเวณด้านหน้าอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี (ข้างศาลพระพรหม) ๒.๒ ทาสีบริเวณทางขึ้น-ลง ชั้น ๒ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ความก้าวหน้าของโครงการ (๒๕ %) <u>ไตรมาสที่ ๒</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. ดำเนินการติดสติกเกอร์กันลื่น บริเวณหน้าทางเข้าด้านข้างธนาคารกรุงไทย ๒. ดำเนินการทาสีเครื่องหมายห้ามจอดชั่วคราว บริเวณทางขึ้น-ลง ชั้น ๒ และทางเข้าอุบัติเหตุ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ความก้าวหน้าของโครงการ (๕๐ %)																
<u>ไตรมาสที่ ๓</u> ดำเนินการ ดังนี้ ๑. ดำเนินการติดสติกเกอร์กันลื่น บริเวณหน้าทางเข้าอุบัติเหตุ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ๒. ปรับปรุงบันไดทางขึ้น จากความสูงห่างของบันได ๑๗ ซม. เป็นสูง ๑๕ ซม.บริเวณหน้าทางเข้าอุบัติเหตุ																

๓. จัดทำคู่มืออาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน (อยู่ระหว่างการดำเนินการ)
๔. จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ความเสี่ยงและอันตรายจากการทำงาน บริเวณชั้น ๑ ตึกอนุสรณ์ ๒๐ ปี

ความก้าวหน้าของโครงการ ๗๕ %)

ไตรมาสที่ ๔

ดำเนินการ ดังนี้

๑. ดำเนินการติดสติ๊กเกอร์ติดผนัง รอบ รพ. เพื่อปรับภูมิทัศน์ ให้ร่มรื่นน่าอยู่อาศัย ดังนี้
 - ๑.๑ บริเวณด้านหน้าห้องน้ำ ชั้น G อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี พร้อมเก้าอี้นั่งเล่น
 - ๑.๒ บริเวณทางเดิน ด้านหน้าห้องระบบโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV)
 - ๑.๓ บริเวณทางเดินระหว่างทางเชื่อมอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี กับอาคารอนุสรณ์ ๒๐ ปี พร้อมเก้าอี้
นั่งเล่น
 - ๑.๔ บริเวณทางออกด้านหลังอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี ไปหน้าตลาดเสรี พร้อมเก้าอี้นั่งเล่น
๒. เพิ่มพื้นที่สีเขียว ปรับปรุงภูมิทัศน์ ภายนอกอาคาร และรอบ รพ.
 - ๒.๑ หน้าอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี
 - ๒.๒ บริเวณทางออกฝั่งตลาด
 - ๒.๓ บริเวณทางลาด
 - ๒.๔ หน้าอาคารอนุสรณ์ ๒๐ ปี
 - ๒.๕ จุดพักรถ อาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี
 - ๒.๖ ทางเชื่อมอาคารอนุสรณ์ ๒๐ ปี และอาคาร ๗๒ พรรษา มหาราชินี
 - ๒.๗ ทางเดินข้างห้องนิรภัย
๓. เพิ่มพื้นที่สีเขียว ปรับปรุงภูมิทัศน์ ภายในอาคาร
 - ๓.๑ หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๘
 - ๓.๒ หอผู้ป่วยพิเศษ ๑๙
 - ๓.๓ หอผู้ป่วยพิเศษ ๒๐
 - ๓.๔ หอผู้ป่วยพิเศษ ๒๑
๔. ให้สำนักงานจราจร และขนส่ง มาดำเนินการตีเส้นจราจร ด้านหน้า และภายใน รพ.
๕. จัดทำแนวทางข้อปฏิบัติความปลอดภัยในการทำงานด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ตามเอกสารที่แนบ)
๖. ดำเนินการจัดทำคู่มือด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแล้วเสร็จ

ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : -

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -

หลักฐานอ้างอิง : เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑

แบบฟอร์มการรายงาน

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

หน่วยงาน : โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

๑. ดำเนินโครงการสุขภาพที่ดีซึ่งมีความสุขด้วยแอโรบิคในวันราชการเวลา ๑๗.๓๐ - ๑๘.๓๐ น. ณ ชมรมผู้สูงอายุ

๒. อยู่ระหว่างดำเนินการวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนักของบุคลากร รพจ. และรายงานค่าดัชนีมวลกายอย่างต่อเนื่อง
๓. อยู่ระหว่างการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน
๔. ดำเนินการรณรงค์การออกกำลังกายตามนโยบายผู้ว่าฯ ทุกวันพุธ เวลา ๑๕.๐๐-๑๖.๐๐ น.

ความก้าวหน้าของโครงการ (๗๕ %)

ไตรมาสที่ ๔ ดำเนินการ ดังนี้

๑. ดำเนินการโครงการสุขภาพดีชีวิที่มีสุขด้วยแอโรบิคในวันราชการ เวลา ๑๗.๓๐ – ๑๘.๓๐ น.
๒. ดำเนินการวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนักของบุคลากร รพจ. และรายงานค่าดัชนีมวลกาย
๓. จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน
๔. ดำเนินการโครงการ CKP Body Project Part II แข่งขันลดน้ำหนักระหว่างหน่วยงาน และจัดทำวิดีโอเผยแพร่การออกกำลังกายลดอ้วนลดพุง
๕. ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำเอกสารตัวชี้วัด ๔.๒.๒ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ฉบับปรับปรุงตามมติ อ.ก.ก. ครั้งที่ ๖/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๔ ก.ค. ๖๑ และมติ คกก. ประเมินผลฯ ครั้งที่ ๙/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๕ ส.ค. ๖๑ ตามแบบฟอร์มใหม่ของการรายงานค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index ; BMI) ของบุคลากร เพื่อนำส่ง สนพ. ภายในวันที่ ๕ ก.ย. ๖๑ ต่อไป

ความก้าวหน้าของโครงการ (๑๐๐ %)

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :

๑. หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การสนับสนุน/เข้าร่วมกิจกรรมที่หน่วยงานจัดตั้ง/ดำเนินการเพื่อให้หน่วยงานร่วมรักษาสุขภาพบุคลากร
๒. ผู้บริหารให้การสนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ที่ดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

-

หลักฐานอ้างอิง :

๑. เอกสารแนบตามรายงานผลการดำเนินการปฏิบัติราชการในไตรมาสที่ ๔/๒๕๖๑