

แบบฟอร์มการรายงานผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประเภทหน่วยงาน :  Line  Staff  Line & Staff

มิติที่ ๑ ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละความสำเร็จของแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน

หน่วยวัด : ร้อยละ ๑๐๐

ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงานหรือจัดเก็บข้อมูล : นางสาวพรเพ็ญ จำรูญรัตน์

ตำแหน่ง : หัวหน้าฝ่ายแผนงาน กองวิชาการ สำนักงานแพทย์

เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๖๒๒ ๕๐๔๗

เกณฑ์การให้คะแนน : ส่วนที่ ๑ (ร้อยละ ๓๐) และส่วนที่ ๒ (ร้อยละ ๗๐)

ส่วนที่ ๑ การบริหารจัดการแผนปฏิบัติราชการประจำปี (ร้อยละ ๓๐) (หน่วยงานบันทึก)

องค์ประกอบ	ร้อยละ	ผลงาน	รายละเอียดผลการดำเนินการ
๑. การวางแผน (๑๔ องค์ประกอบย่อย)	๑๔	๑๔	<p>องค์ประกอบที่ ๑ การวางแผน (ร้อยละ ๑๔) ประกอบด้วย ๑๔ องค์ประกอบย่อย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● <b>กระบวนการจัดทำแผนฯ</b><ul style="list-style-type: none"><li>๑.๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติราชการสำนักงานแพทย์ ตามคำสั่งสำนักงานแพทย์ ที่ ๒๒๖/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๗ โดยมีผู้แทนจากส่วนราชการในสังกัดฯทุกแห่งเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการฯ</li><li>๑.๒ มีการจัดทำข้อมูลหรือมีระบบข้อมูลสนับสนุนกระบวนการในการวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน</li><li>๑.๓ มีการประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดมความคิดเห็นต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนา และการจัดทำโครงการ/กิจกรรมตามแผนปฏิบัติราชการ จำนวน ๓ ครั้ง โดยครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๗ และครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๕๗</li><li>๑.๔ มีการรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนปฏิบัติราชการประจำปีในการประชุมคณะกรรมการฯ ทั้ง ๓ ครั้ง</li><li>๑.๕ มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงานผ่านเว็บไซต์สำนักงานแพทย์ ที่ <a href="http://www.msdbangkok.go.th">www.msdbangkok.go.th</a></li></ul></li><li>● <b>ความสอดคล้องของแผนฯ</b><ul style="list-style-type: none"><li>๑.๖ มีโครงการ/กิจกรรมที่ความสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา เป้าประสงค์ การพัฒนาและภารกิจของหน่วยงาน จำนวน ๙๓ โครงการ/กิจกรรม</li></ul></li></ul>

องค์ประกอบ	ร้อยละ	ผลงาน	รายละเอียดผลการดำเนินการ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>ความสอดคล้องของแผนฯ (ต่อ)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>๑.๗ โครงการ/กิจกรรมตอบสนองและส่งผลโดยตรงต่อตัวชี้วัด</li> <li>๑.๘ ตัวชี้วัดตอบสนองและส่งผลต่อการพัฒนาพื้นที่สนับสนุนตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาของกรุงเทพมหานคร</li> <li>๑.๙ มีตัวชี้วัดที่สนับสนุนแผนปฏิบัติราชการประจำปีของกรุงเทพมหานคร</li> <li>๑.๑๐ มีตัวชี้วัดที่สนับสนุนแผนเฉพาะด้าน ได้แก่                             <ul style="list-style-type: none"> <li>๑.) แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ตามยุทธศาสตร์การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของกรุงเทพมหานคร ในปี ๒๕๕๘ ของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร</li> <li>๒.) แผนประชาสัมพันธ์สำนักการแพทย์ ประจำปี ๒๕๕๗</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● <b>ความครบถ้วนของแผนฯ ประกอบด้วย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>๑.๑๑ แผนปฏิบัติราชการสำนักการแพทย์ ประจำปี ๒๕๕๗ ได้ระบุรายละเอียดที่สำคัญ คือ สภาพปัญหา หรือสถานการณ์ เป้าประสงค์การพัฒนา และกลยุทธ์อย่างชัดเจน</li> <li>๑.๑๒ แผนปฏิบัติราชการสำนักการแพทย์ ประจำปี ๒๕๕๗ ได้ระบุรายละเอียดตัวชี้วัด นิยาม และค่าเป้าหมาย นิยามการเก็บข้อมูล และวิธีการคำนวณ ครบทุกตัวชี้วัด</li> <li>๑.๑๓ โครงการ/กิจกรรมที่ระบุในแผนปฏิบัติราชการสำนักการแพทย์ ประจำปี ๒๕๕๗ ได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานซึ่งสามารถติดตามผลการดำเนินงานได้ทุกขั้นตอน</li> <li>๑.๑๔ มีการนำตัวชี้วัดที่สนับสนุนการพัฒนาในมิติที่ ๒ - ๔ บรรจุไว้ในแผนปฏิบัติราชการสำนักการแพทย์ ประจำปี ๒๕๕๗ ครบทั้ง ๓ มิติที่กำหนด</li> </ul> </li> </ul>
<p>๒. การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ (๓ องค์ประกอบย่อย)</p>	<p>๘</p>	<p>๘</p>	<p><b>องค์ประกอบที่ ๒ การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ</b> (ร้อยละ ๘ ) ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบย่อย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ สำนักการแพทย์ได้บันทึกตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงานครบถ้วนในระบบติดตามประเมินผลโครงการ (Daily plans) (ร้อยละ ๒)</li> <li>๒.๒ รายงานความก้าวหน้าของตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องเป็นรายไตรมาส (ร้อยละ ๔)</li> <li>๒.๓ มีกระบวนการรายงานติดตามความก้าวหน้าตามข้อ ๒.๒ ต่อหัวหน้าหน่วยงานเป็นรายไตรมาส โดยให้พิมพ์จาก</li> </ul>

องค์ประกอบ	ร้อยละ	ผลงาน	รายละเอียดผลการดำเนินการ
			ระบบติดตามประเมินผลโครงการ (Daily Plans) (ร้อยละ ๒)
๓. การติดตามและประเมินผล (๒ องค์ประกอบย่อย)	๘	๘	<p><b>องค์ประกอบที่ ๓ การติดตามและประเมินผล (ร้อยละ ๘)</b> ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบย่อย</p> <p>๓.๑ สำนักการแพทย์ได้บันทึกข้อมูลทุกโครงการ/กิจกรรมในแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยงาน โดยมีรายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมลงในระบบติดตามประเมินผลโครงการ (Daily plans) ครบถ้วนทุกรายการ (ร้อยละ ๔)</p> <p>๓.๒ รายงานความก้าวหน้าและปรับปรุงรายละเอียดผลการดำเนินการโครงการ/กิจกรรมอย่างชัดเจน โดยสามารถอธิบายได้ว่าโครงการ/กิจกรรมนั้น ส่วนราชการในสังกัดฯ ทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และรายงานต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน (ร้อยละ ๔)</p>

ผลการประเมิน : (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลบันทึก)

องค์ประกอบที่	๑๔ องค์ประกอบย่อย														คะแนน
	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙	๑.๑๐	๑.๑๑	๑.๑๒	๑.๑๓	๑.๑๔	
	ร้อยละ														
	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	
๑. การวางแผนคะแนนเต็ม คะแนนที่ได้	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑๔
	๓ องค์ประกอบย่อย														
	๒.๑				๒.๒				๒.๓						
	ร้อยละ ๒				ร้อยละ ๔				ร้อยละ ๒						
๒. การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ	ร้อยละ ๒				ร้อยละ ๔				ร้อยละ ๒						๘
	๒ องค์ประกอบย่อย														
	๓.๑							๓.๒							
	ร้อยละ ๔							ร้อยละ ๔							
๓. การติดตามและประเมินผล	ร้อยละ ๔							ร้อยละ ๔							๘
<b>คะแนนรวม</b>														๓๐	

## ส่วนที่ ๒ ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี (ร้อยละ ๗๐)

### สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดในมิติที่ ๑

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) x ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) x ๐.๑ + ๙๐)
	<b>๑. การกิจเชิงยุทธศาสตร์</b>					
	๑.๑ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ที่มีต่อบริการ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๗.๒๗	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๒ ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กนำอยู่คุ่นแม่ที่ผ่านการประเมินเกณฑ์มาตรฐาน	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐ (รพล.)	ร้อยละ ๑๐๐ (รพล.)	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๓ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตด้วย Intracerebral Haemorrhage หรือ Hemorrhagic Stroke)	ผลลัพธ์	<ร้อยละ ๓.๓	ร้อยละ ๐.๐๔๑	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$ (๔)	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) x ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) x ๐.๑ + ๙๐)
	๑.๔ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน Ischemic Heart , CKD , Stroke) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์	ผลลัพธ์	< ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๐.๐๓๖	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๕ ร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา	ผลลัพธ์	≥ ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๐.๔๓	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๖ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงมีรอบเอวหรือ BMI ลดลงจากเดิม	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๕.๔๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจระดับ “มาก” ใน บริการ รักษาพยาบาลของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๖.๐๐	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$ (๔)	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) $\times$ ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) $\times$ ๐.๑ + ๙๐)
	๑.๘ ร้อยละของความสำเร็จในการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ของสำนักการแพทย์ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป	ผลลัพธ์	$\geq$ ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๙ ร้อยละของความสำเร็จในการผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (ซ้ำ)	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐ (รพท.รพล. รพร.)	ร้อยละ ๑๐๐ (รพท.รพล.รพร.)	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑๐ ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑๑ ร้อยละของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง(ADVANCE) ได้รับ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๙.๖๗	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$ (๔)	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) × ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) × ๐.๑ + ๙๐)
	บริการภายใน ๑๐ นาที ส่วนของชั้นพื้นฐาน (BASIC) ภายใน ๑๕ นาที					
	๑.๑๒ จำนวนบริการ/ช่อง ทางการให้บริการที่ได้รับ การพัฒนาที่เพิ่มขึ้น	ผลลัพธ์	๑๒ ช่องทาง/ บริการ	๑๘ ช่องทาง/ บริการ	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑๓ ร้อยละของบุคลากรมี ความพึงพอใจต่อองค์กร อยู่ในระดับดี	ผลลัพธ์	(ระดับปาน กลางขึ้นไป ร้อยละ ๗๕)	ร้อยละ ๙๖.๘๒	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑๔ ร้อยละของความสำเร็จ ในการมีระบบเทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อการบริการ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑๕ ผลคะแนนการปรับปรุง ข้อมูลบนเว็บไซต์ของ หน่วยงาน ตามเกณฑ์ ประเมินผลที่กำหนด	ผลลัพธ์	๑๐ คะแนน	๑๐ คะแนน	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑๖ มีรายงานการศึกษา/ วิเคราะห์การนำ เทคโนโลยีสารสนเทศไป ใช้ในกระบวนการทำงาน	ผลลัพธ์	๑ ฉบับ	๑ ฉบับ	๑๐๐	๑๐๐



(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$ (๔)	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) x ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) x ๐.๑ + ๙๐)
	ตามพันธกิจหลักของ หน่วยงาน (Core Business)					
	๑.๑๗ ผลคะแนนประเมินการ นำ Core Business ของหน่วยงานปี ๒๕๕๖ ไปสู่การปฏิบัติ	ผลลัพธ์	๗๐ คะแนน	๗๐ คะแนน	๑๐๐	๑๐๐
	<b>๒. ภารกิจประจำ</b> ๒.๑ จำนวนสาขาวิชาชีพทาง สาธารณสุขในระดับ อุดมศึกษา ระดับการ ศึกษาต่อเนื่องและระดับ การศึกษาหลังปริญญา ที่มารับการฝึกอบรม โดยมีโรงพยาบาลเป็น สถาบันร่วมสอน	ผลผลิต	≥ ๕ สาขา/ปี	๑๐ สาขา/ปี	๑๐๐	๙๐
	๒.๒ ร้อยละของผู้ดูแล ผู้ป่วยและ/หรือผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยหรือ ตนเองได้ถูกต้อง	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๙.๑๖	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) $\times$ ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) $\times$ ๐.๑ + ๙๐)
	๒.๓ ร้อยละของประชาชน ที่โรงพยาบาล รับผิดชอบได้รับการ คัดกรองโรคที่สำคัญ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๘	ร้อยละ ๒๓.๐๓	๑๐๐	๑๐๐
	๒.๔ จำนวนผลงานวิจัย / Innovation / R๒R ที่ ได้รับการเผยแพร่/ ตีพิมพ์ในวารสาร	ผลผลิต	๖๑ เรื่อง/ปี	๙๙ เรื่อง/ปี	๑๐๐	๙๐
	๒.๕ ความสำเร็จของการ ดำเนินงานตามแผน เตรียมความพร้อมเพื่อ รองรับการเข้าสู่ประชา- คมอาเซียนที่กำหนด	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๒.๖ ความสำเร็จของการ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐ (รพก.รพต. รพจ.)	ร้อยละ ๑๐๐ (รพก.รพต.รพจ.)	๑๐๐	๑๐๐
	๒.๗ ร้อยละของบุคลากรที่ ปฏิบัติหน้าที่ในคลินิก ผู้สูงอายุได้รับการอบรม เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๕๐ (รพก.รพต. รพจ.)	ร้อยละ ๗๓.๙๑ (รพก.รพต.รพจ.)	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) x ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) x ๐.๑ + ๙๐)
	๒.๘ ร้อยละความสำเร็จ ของการส่งต่อผู้ป่วย โรคสำคัญ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๙๔.๗๔	๑๐๐	๑๐๐
	๒.๙ ร้อยละความสำเร็จ ของการปฏิบัติตาม แผนการประชาสัมพันธ์	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	<b>๓. การกิจสนับสนุนมิติที่ ๒ - ๔</b> ๓.๑ ระดับความสำเร็จ ของการเพิ่ม ประสิทธิภาพการ ทำงานด้วยระบบ Lean	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๒ ร้อยละของความสำเร็จ ของการก่อกำหนดผู้กัก	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๘๘.๑๙	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๓ ร้อยละของความสำเร็จ ของการเบิกจ่าย งบประมาณในภาพรวม	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๘๖.๗๗	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๔ ร้อยละของความสำเร็จ ของการจัดทำงบ การเงินถูกต้อง	ผลลัพธ์	ภายในเวลาที่ กำหนดและ ถูกต้อง	ภายในเวลาที่ กำหนดและถูกต้อง	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) × ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) × ๐.๑ + ๙๐)
	๓.๕ ร้อยละของความสำเร็จของการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สินประจำปี ๒๕๕๖ ถูกต้อง	ผลลัพธ์	ภายในเวลาที่กำหนดและถูกต้อง	ภายในเวลาที่กำหนดและถูกต้อง	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๖ ระดับความสำเร็จของการจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน	ผลลัพธ์	๗ ขั้นตอน	๗ ขั้นตอน	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๗ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ผลลัพธ์	๕	๓.๘๘๔	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๘ ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๙ ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน	ผลลัพธ์	> ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๘.๔๔	๑๐๐	๑๐๐

(๑) ลำดับที่	(๒) ตัวชี้วัด	(๓) ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	(๔) เป้าหมาย	(๕) ผลการดำเนินงาน	(๖) ร้อยละความสำเร็จ $\frac{(๕)}{(๔)} \times ๑๐๐$	(๗) คะแนน - ผลผลิต = (๖) x ๐.๙ - ผลลัพธ์ = (๖) x ๐.๑ + ๙๐)
	๓.๑๐ ระดับความสำเร็จ ของการดำเนิน โครงการให้บริการที่ดี ที่สุด (Best Service)	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐ (๒ องค์ประกอบ)	ร้อยละ ๑๐๐ (๒ องค์ประกอบ)	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๑๑ ร้อยละความสำเร็จ ของการนำองค์ความรู้ ที่มีอยู่ในองค์การไปสู่ การปฏิบัติ	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๑๒ ร้อยละของควมมี ประสิทธิภาพในการ ตรวจสอบหรือแก้ไข เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ การทุจริตประพฤติมิ ชอบของหน่วยงาน	ผลลัพธ์	ไม่มีเรื่องทุจริต ประพฤติมิชอบ	ไม่มีเรื่องทุจริต ประพฤติมิชอบ	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๑๓ ร้อยละของจำนวน เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ การทุจริตประพฤติมิ ชอบของบุคลากรใน หน่วยงานลดลง	ผลลัพธ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

รายละเอียดตัวชี้วัดในมิติที่ ๑

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ (ผลผลิต/ผลลัพธ์)	เป้าหมาย	ผลสำเร็จ	โครงการที่สนับสนุน	รายละเอียดผลการดำเนินงาน

คำชี้แจงรายละเอียดผลการปฏิบัติราชการ (กรณีการดำเนินการไม่เป็นตามเป้าหมาย)

.....  
.....

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

.....  
.....

ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

.....  
.....

หลักฐานอ้างอิง

.....  
.....

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๑ ร้อยละความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวพรพิไล ตันตีสปีกร			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๖๒๒ ๕๐๔๗													
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ 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>ร้อยละความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean</td><td>๖๐</td><td>๗๐</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ร้อยละความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๒.๑</td><td>๔</td><td>๑๐๐</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๒.๑	๔	๑๐๐	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๑	๔	๑๐๐	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : สำนักงานแพทย์ได้มีการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean โดยมีการดำเนินงาน ๒ ด้าน ดังนี้ ด้านที่ ๑ ดำเนินการตามแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ “ลดขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษ” รายละเอียดดังนี้ ๑. องค์ประกอบที่ ๑ ประสิทธิภาพการดำเนินงาน สามารถดำเนินการได้เกิน Post lean (คาดว่าจะทำได้) ประสิทธิภาพการดำเนินงานเท่ากับ ๗๐.๒๐ คะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงาน = ๗๐.๒๐x๓๐/๖๒.๓๗ = ๓๓.๗๗ (๓๐ คะแนน) ๒. องค์ประกอบที่ ๒ ผลสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัด ๒.๑ ลดระยะเวลาในการจำหน่ายลง ร้อยละ ๕๐ ผลการดำเนินงานที่ทำได้จริง = ๕๘.๒๓ เกินเป้าหมายที่กำหนดได้ ๗๐ คะแนน ๒.๒ ลดระยะเวลาในการรอกลับบ้านของผู้ป่วยลง ร้อยละ ๒๐ ผลการดำเนินงานที่ทำได้จริง = ๕๘.๖๐ เกินเป้าหมายที่กำหนดได้ ๗๐ คะแนน ๒.๓ เพิ่มความพึงพอใจในขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ ๒๐ ผลการดำเนินงานที่ทำได้จริง = ๕๗.๖๐ เกินเป้าหมายที่กำหนดได้ ๗๐ คะแนน สรุปผลสำเร็จการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เกินเป้าหมายที่กำหนด ทั้ง ๓ ตัวชี้วัด คิดเป็น ๗๐ คะแนน ด้านที่ ๒ จัดทำแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean เพื่อนำไปดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ “กระบวนการรื้อรับยาและรับคำแนะนำการใช้ยา” ส่งให้สำนักงาน ก.ก. ภายในกำหนด เท่ากับ ๕๐ คะแนน ร้อยละความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean = ๓๐ + ๗๐ + ๕๐ x ๑๐๐/๑๕๐ = ๑๐๐																

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :  
ผู้บริหารให้การสนับสนุน

อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :  
-

หลักฐานอ้างอิง :

๑. โครงการและแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ “ลดขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษ”

๒. แผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ “ลดขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษ”

๓. แผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ “กระบวนการรื้อรับยาและรับคำแนะนำการใช้ยา”

๔. รายงานการประชุมคณะทำงานเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานด้วยระบบ Lean สำนักงานแพทย์



การสรุปผลการดำเนินการตามแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กระบวนการ การลดขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษ

๑. การนำแผนการแก้ไข้ปัญหาไปปฏิบัติ

แผนการแก้ไข้ปัญหา (พยาบาล)	การปฏิบัติ	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์	
๑. วางแผนและจัดกระบวนการจำหน่ายโดยมอบหมายผู้รับผิดชอบในการวางแผนให้ความรู้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทุกราย	Workload levelling Kaizen	ต.ค. ๕๖ – ก.ย. ๕๗	องค์กรพยาบาล	- ลดระยะเวลาการทำจำหน่ายได้ ร้อยละ ๕๘.๒๓	
๒. จัดลำดับความสำคัญของงาน				- ลดระยะเวลาในการรอกลับบ้านของผู้ป่วย ร้อยละ ๕๘.๖๐	
๓. แบ่งการทำงานเป็นทีม				Heijunka Pararell	- เพิ่มความพึงพอใจในขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ ๕๗.๖๐
๔. มีระบบพี่เลี้ยงช่วยตรวจสอบและชี้แนะ				Standardized work	
๕. การนิเทศงาน				CQI	
๖. การอบรม ทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ					

แผนการแก้ไข้ปัญหา หมายถึง วิธีการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไข้ปัญหาของแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean (ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖)

การปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ไข้ปัญหาแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไข้ปัญหา

วันที่ หมายถึง ช่วงเวลาที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไข้ปัญหาฯ ของแต่ละปัญหา

ผู้รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไข้ปัญหาฯ ของแต่ละปัญหา

ผลลัพธ์ หมายถึง การระบุผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไข้ปัญหาของแต่ละปัญหา

๑. การนำแผนการแก้ไขปัญหามาปฏิบัติ (ต่อ)

แผนการแก้ไขปัญหา (แพทย์)	การปฏิบัติ	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
๑. ประชุมและขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์	- Standardized work	ต.ค. ๕๖ – ก.ย. ๕๗	องค์กรแพทย์	- ลดระยะเวลาการทำ จำหน่ายได้ ร้อยละ ๕๘.๒๓ - ลดระยะระยะเวลาใน การรอกลับบ้านของ ผู้ป่วย ร้อยละ ๕๘.๖๐ - เพิ่มความพึงพอใจใน ขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ ๕๗.๖๐
๒. แจ้งแพทย์ทราบ				
๓. ทวนคำสั่งการรักษา	- Simplify			
๔. ใช้ Standing order ให้มากขึ้น				
๕. ทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยล่วงหน้าประสานองค์กร แพทย์วางแนวทางการมาตรวจเยี่ยมเป็นเวลา	- Standardized work			
๖. ลดภาระงานแพทย์				
๗. เพิ่มจำนวนแพทย์				
๘. ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนการ จำหน่ายล่วงหน้า	- Standardized work - Genchi Genbutsu			
๙. ทำ Care team Round บ่อยขึ้น				
๑๐. พยาบาลช่วยตรวจสอบและเตือนแพทย์ทุกครั้ง	- Standardized work			

แผนการแก้ไขปัญหา หมายถึง วิธีการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหาของแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean (ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖)

การปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหา

วันที่ หมายถึง ช่วงเวลาที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหฯ ของแต่ละปัญหา

ผู้รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหฯ ของแต่ละปัญหา

ผลลัพธ์ หมายถึง การระบุผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหฯ ของแต่ละปัญหา

๑. การนำแผนการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ (ต่อ)

แผนการแก้ไขปัญหา (ห้องยา/เภสัชกร)	การปฏิบัติ	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
๑. กระจายงานให้เจ้าหน้าที่ทุกคน	- Standardized work	ต.ค. ๕๖ – ก.ย. ๕๗	กลุ่มงานเภสัชกรรม	- ลดระยะเวลาการทำ จำหน่ายได้ ร้อยละ ๕๘.๒๓  - ลดระยะระยะเวลาใน การรอกลับบ้านของ ผู้ป่วย ร้อยละ ๕๘.๖๐  - เพิ่มความพึงพอใจใน ขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ ๕๗.๖๐
๒. จัดลำดับความสำคัญของงาน	- Heijunka			
๓. ฝึกให้เจ้าหน้าที่สามารถทำงานทดแทนกันได้	- Kaizen			
๔. สร้างแนวทางปฏิบัติงาน				
๕. เพิ่มเจ้าหน้าที่โครงการ ๖ เดือน เพิ่มเภสัชกร Part Time				
๖. กำหนดยาตัวในสีในตะกร้าสีแดง	- Standardized work			
๗. มีการทวนสอบทุกครั้ง/ Double Check	- Visual Control			
๘. LASA	- CQI			
๙. มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษาอีกครั้งโดยเภสัชกร	- ๕ส			
๑๐. ปฏิบัติตามแนวทางการจ่ายยาตัว	- Decreased Batch - Just in time			
๑๑. เวียนแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ	- Standardized work			
๑๒. หากพบยานอกบัญชีหรือยาบัญชี ๒ และ ๓ ประสานงานให้หอผู้ป่วยแจ้งเภสัช	- CQI			
๑๓. หาแนวทางปรับเปลี่ยนโดยประสานงานกับ ผู้บริหารตามลำดับขั้น				
๑๔. รณรงค์ให้แพทย์ใช้ยาในบัญชี				
๑๕. กำหนดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำจุดจัดยาแต่ละ จุด และส่งให้จุดถัดไป	- Achieving Continuos Flow - Cell Concept			
๑๖. ปรับลดขั้นตอนที่ไม่สำคัญ	- CQI			
๑๗. จัดเรียงชั้นวางยาแต่ละประเภทให้สะดวกต่อการ บริหารยา	- ๕ส - Pull system			

แผนการแก้ไขปัญหา	หมายถึง วิธีการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหาของแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean (ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖)
การปฏิบัติ	หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหาฯ
วันที่	หมายถึง ช่วงเวลาที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาฯ ของแต่ละปัญหา
ผู้รับผิดชอบ	หมายถึง ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาฯ ของแต่ละปัญหา
ผลลัพธ์	หมายถึง การระบุผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาของแต่ละปัญหา

๑. การนำแผนการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ (ต่อ)

แผนการแก้ไขปัญหา (กระบวนการทำงาน)	การปฏิบัติ	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
๑. เก็บสถิติช่วงระยะเวลาการใช้บริการในการจำหน่ายผู้ป่วย	- Genchi Genbutsu	ต.ค. ๕๖ – ก.ย. ๕๗		- ลดระยะเวลาการทำจำหน่ายได้ ร้อยละ ๕๘.๒๓ - ลดระยะเวลาในการรอกลับบ้านของผู้ป่วย ร้อยละ ๕๘.๖๐ - เพิ่มความพึงพอใจในขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ ๕๗.๖๐
๒. วางแผนให้มีอัตรากำลังเพิ่มในช่วงเวลาที่มีผู้ใช้บริการในเวลาเดียวกัน				
๓. จัดให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นลำดับแรกในการปฏิบัติเมื่อมีงานหลายงานโดยไม่กระทบความปลอดภัยของผู้ป่วย				
๔. กำหนดให้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อมูลก่อนส่งผลงาน	- Double Check - CQI			
๕. นิเทศการใช้ระบบงานคอมพิวเตอร์และการสร้างระบบเตือนความสมบูรณ์ก่อนการจำหน่าย	- IT			
๖. จัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้ป่วยจำหน่าย	- CQI			
๗. วางแผนการจัดให้มีห้องยานอก – ใน หรือห้องการเงินสำหรับผู้ป่วยในโดยเฉพาะ	- RE-structure			
๘. ปรับปรุงและวางแนวทางการใช้งานระบบคอมพิวเตอร์	- CQI			
๙. ประสานผู้ควบคุมและดูแลระบบคอมพิวเตอร์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ	- IT			

แผนการแก้ไขปัญหา หมายถึง วิธีการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหาของแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean (ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖)

การปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหา

วันที่ หมายถึง ช่วงเวลาที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญห ของแต่ละปัญหา

ผู้รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญห ของแต่ละปัญหา

ผลลัพธ์ หมายถึง การระบุผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหของแต่ละปัญหา

๑. การนำแผนการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ (ต่อ)

แผนการแก้ไขปัญหา (ญาติ)	การปฏิบัติ	วันที่	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
๑. จัดทำแนวทางให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ	- Standardization	ต.ค. ๕๖ – ก.ย. ๕๗	องค์กรพยาบาล	- ลดระยะเวลาการทำจำหน่ายได้ ร้อยละ ๕๘.๒๓
๒. ให้ข้อมูลตามแนวทางและประเมินหลังการให้ข้อมูลทุกครั้ง				
๓. อธิบายให้ข้อมูล และสื่อสารให้ญาติเข้าใจตั้งแต่แรกรับและก่อนจำหน่าย	- Simplify			- ลดระยะเวลาในการรอกลับบ้านของผู้ป่วย ร้อยละ ๕๘.๖๐
๔. มีแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ และมีการประเมินหลังได้รับข้อมูล	- Standardization - Simplify			- เพิ่มความพึงพอใจในขั้นตอนการจำหน่าย ร้อยละ ๕๗.๖๐
๕. ประสานญาติที่สามารถรับฟังข้อมูลและเข้าใจในการสื่อสาร				
๖. ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย สะท้อนการให้ข้อมูลและมีการป้อนกลับของการให้ข้อมูล				
๗. จัดทำข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปบ้าน				
๘. ประสานศูนย์ประกันสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงสิทธิ				
๙. แจ้งญาติเพื่อเพิ่มเอกสารในการขอเปลี่ยนสิทธิ				
๑๐. อธิบายทำความเข้าใจการใช้สิทธิ				

แผนการแก้ไขปัญหา หมายถึง วิธีการแก้ปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหาของแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean (ในปั๊บบปรมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖)

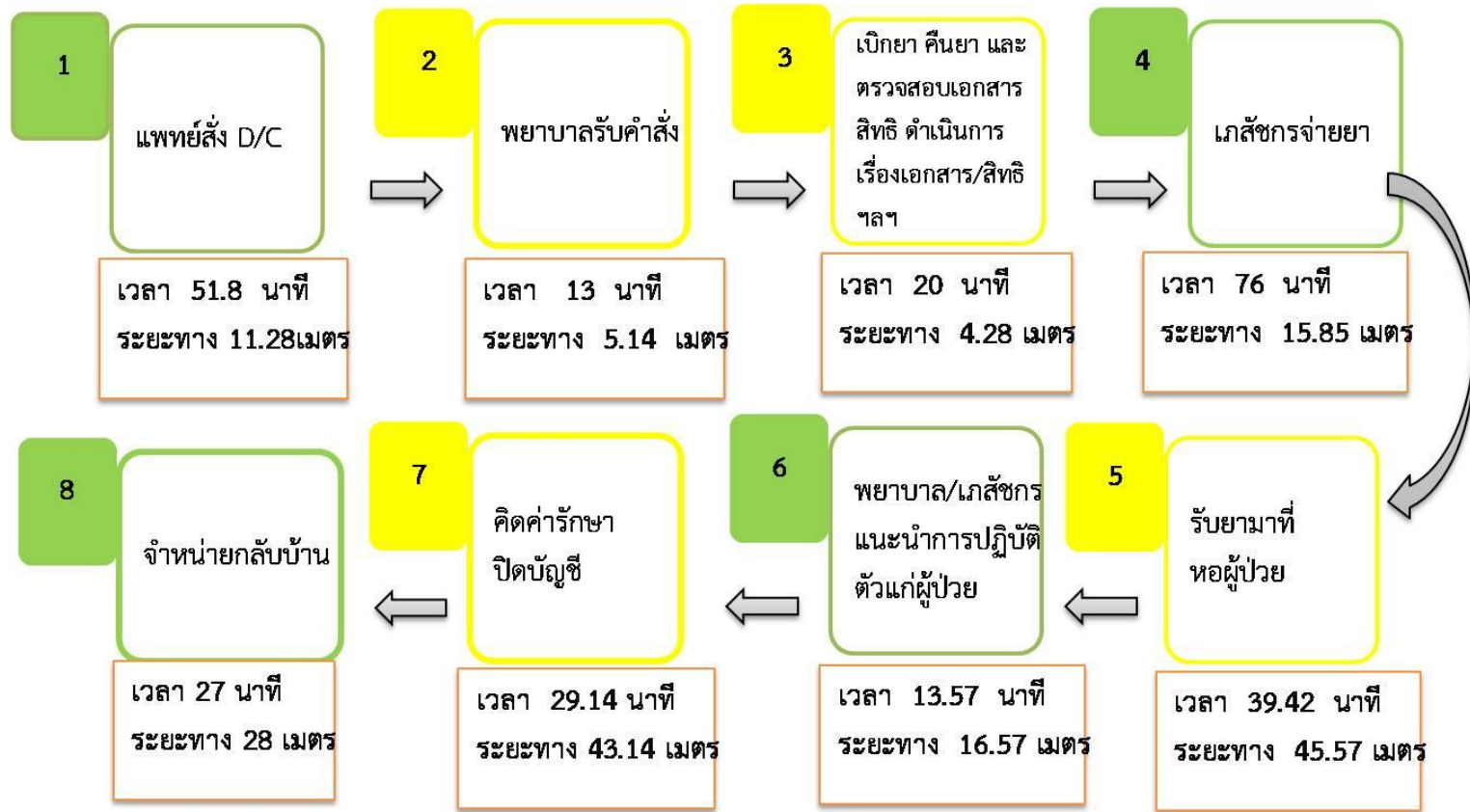
การปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหแต่ละปัญหาที่ระบุไว้ในตารางการวางแผนแก้ไขปัญหา

วันที่ หมายถึง ช่วงเวลาที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหๆ ของแต่ละปัญหา

ผู้รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหๆ ของแต่ละปัญหา

ผลลัพธ์ หมายถึง การระบุผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหของแต่ละปัญหา

๒. สรุป/สร้างขั้นตอนหรือกิจกรรมของกระบวนการทำงานใหม่ หมายถึง การเขียนแผนผัง ขั้นตอนหรือกิจกรรมการปฏิบัติงานภายหลังจากที่กำจัดความสูญเปล่าให้เหลือแต่เนื้อแท้ในการทำงาน แล้วทดลองปฏิบัติจนได้มาตรฐานการปฏิบัติงานใหม่ พร้อมทั้งกำหนดสีในแต่ละขั้นตอน/กิจกรรม คำนวณประสิทธิภาพที่ทำได้ สรุปจำนวนขั้นตอน/กิจกรรม เวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน/กิจกรรม และเวลารวมทั้งกระบวนการทำงาน



๓. สรุปผลการดำเนินการตามแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยระบบ Lean ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

รายการ	Pre - Lean	Post - Lean (ผลการดำเนินงานที่ทำได้จริง ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗)	ผลลัพธ์ (เพิ่มขึ้น/ลดลง)
จำนวนขั้นตอน	๙	๘	ขั้นตอนลดลง ๑ ขั้นตอน
จำนวนระยะเวลา	๓๐๙.๐๗ นาที	๒๖๙.๙๓ นาที	ระยะเวลาลดลง ๓๙.๑๔ นาที
จำนวนระยะทาง	๒๐๕.๔ เมตร	๑๖๙.๘๓ เมตร	ระยะทางลดลง ๓๕.๕๗ เมตร
ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๗๘.๒๔	๙๐.๖๘	๕๗.๕๙

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Pre-Lean)	ประสิทธิภาพที่คาดว่าจะทำได้ (Post-Lean)	ประสิทธิภาพทำได้จริง	ประสิทธิภาพที่ทำได้จริง	ผลลัพธ์
		(เขียว)	(เขียว + เหลือง)	
$(๕๑.๘+๗๖+๒๗+๑๓.๕๗) \times ๑๐๐/๓๐๙.๐๗ = ๕๔.๔๘$	$(๕๑.๘+๗๖+๒๗+๑๓.๕๗) \times ๑๐๐/๒๖๙.๙๓ = ๖๒.๓๗$	รพก ๑๔๒.๐๐ รพต ๒๓๒.๐๐ รพจ ๙๑.๐๐ รพท ๑๒.๐๐ รพว ๕๗.๐๐ รพล ๗๐.๐๐ รพร ๔๑.๐๐ รพส ๑๑๐.๐๐	รพก ๒๐๔.๐๐ รพต ๒๙๐.๔๐ รพจ ๑๓๑.๐๐ รพท ๓๕.๐๐ รพว ๘๙.๐๐ รพล ๙๐.๐๐ รพร ๑๕๓.๐๐ รพส ๑๔๐.๐๐	คะแนนประสิทธิภาพการดำเนินงาน = $๗๐.๒๐ \times ๓๐/๖๒.๓๗ = ๓๓.๗๗$
ประสิทธิภาพที่ทำได้จริง		๙๙.๓๘	๑๔๔.๕๕	
		$๙๙.๓๘ \times ๑๐๐/๑๔๔.๕๕ = ๗๐.๒๐$		



ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด

รายการตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานที่ทำได้จริง ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗	ผลลัพธ์
๑. ลดระยะเวลาในการทำจำหน่ายลง	ร้อยละ ๕๐	๕๘.๒๓	๗๐
๒. ลดระยะเวลาในการรอกลับบ้านของผู้ป่วยลง	ร้อยละ ๒๐	๕๘.๖๐	๗๐
๓. เพิ่มความพึงพอใจในขั้นตอนการจำหน่าย	ร้อยละ ๒๐	๕๗.๖๐	๗๐

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๒ ร้อยละความสำเร็จในการใช้จ่ายงบประมาณ ๒.๒.๑ ร้อยละของความสำเร็จของการก่อหนี้ผูกพัน																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวขวัญตา อยู่วัน		เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๔														
ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑.๔ 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>ผลสำเร็จของการประเมินผลการก่อหนี้ผูกพันที่ได้</td><td>๑.๔</td><td>๒.๘</td><td>๔.๒</td><td>๕.๖</td><td>๗</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลสำเร็จของการประเมินผลการก่อหนี้ผูกพันที่ได้	๑.๔	๒.๘	๔.๒	๕.๖	๗
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลสำเร็จของการประเมินผลการก่อหนี้ผูกพันที่ได้	๑.๔	๒.๘	๔.๒	๕.๖	๗											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๒.๒.๑</td><td>๗</td><td>ร้อยละ ๘๖.๗๗</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๒.๒.๑	๗	ร้อยละ ๘๖.๗๗				
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๒.๑	๗	ร้อยละ ๘๖.๗๗														
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๗) - งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๕๖ กันไว้เบิกเหลือเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๒๑ ใบกั้น สามารถดำเนินการก่อหนี้ผูกพันได้ทันภายในกำหนดเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗ - งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๕๗ ประกอบด้วย ค่าครุภัณฑ์ ๑๔๔ รายการ ก่อหนี้ได้ ๑๓๕ รายการ ยกเลิก ๒ รายการ และไม่สามารถก่อหนี้ผูกพันได้ทันภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ จำนวน ๗ รายการ - หมวดค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง จำนวน ๑ รายการ ไม่สามารถก่อหนี้ผูกพันได้ทันภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : มีการติดตามความคืบหน้าการก่อหนี้ผูกพัน ของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานแพทย์ เป็นประจำทุกเดือน ในการประชุมผู้บริหาร กรุงเทพมหานคร																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถก่อหนี้ผูกพันได้ทันกำหนดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ เนื่องจากหมวดครุภัณฑ์มีการยกเลิกประมูลฯ ประกอบเป็นครุภัณฑ์ยี่ห้อเดียว ต้องดำเนินการ ๗ ขั้นตอนก่อนเสนอผู้ว่าราชการ กทม. ขออนุมัติยกเว้นสเปคยี่ห้อเดียว ซึ่งต้องประสานกับสำนักงบประมาณและหน่วยงานภายนอกทำให้ไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน ประกอบกับค่าที่ดินต้องจัดหาที่ดินเพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลดอนเมือง จึงต้องใช้ระยะเวลาการดำเนินการ																
หลักฐานอ้างอิง : สำนักงบประมาณ ตรวจสอบข้อมูลจากระบบ MIS ๒																

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๒ ร้อยละความสำเร็จในการใช้จ่ายงบประมาณ ๒.๒.๒ ร้อยละของความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวม																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวขวัญตา อยู่วัน			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๔													
ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑.๔ 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>คะแนนความสำเร็จของการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้</td><td>๑.๔</td><td>๒.๘</td><td>๔.๒</td><td>๕.๖</td><td>๗</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	คะแนนความสำเร็จของการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้	๑.๔	๒.๘	๔.๒	๕.๖	๗
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
คะแนนความสำเร็จของการใช้จ่ายงบประมาณที่ได้	๑.๔	๒.๘	๔.๒	๕.๖	๗											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๒.๒.๒</td><td>๗</td><td>ร้อยละ ๘๖.๗๗</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๒.๒.๒	๗	ร้อยละ ๘๖.๗๗				
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๒.๒	๗	ร้อยละ ๘๖.๗๗														
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๗) อยู่ระหว่างดำเนินการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗ หมวด โดยประเมินผลการเบิกจ่ายงบประมาณ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : -																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : ปัญหาและอุปสรรคการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวม รายละเอียดดังนี้ ๑. หมวดค่าตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ เป็นรายการที่ทำสัญญาทั้งปีซึ่งกำหนดจ่ายเงินเป็นรายเดือน ราย ๓ เดือน หรือ ๖ เดือน เช่น จ้างเหมากำจัดปลวก จ้างเหมาบำรุงรักษาลิฟต์ จ้างเหมาบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าบำรุงรักษาครุภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น จึงทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายได้หมดตามสัญญาภายในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ต้องกันเงินไว้เบิกเหลือมปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ๒. หมวดค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง (ค่าครุภัณฑ์) สำนักงานแพทย์ไม่สามารถจัดซื้อครุภัณฑ์บางรายการได้ทันภายในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เนื่องจากมีการยกเลิกการประมูลฯ และเป็นสเปคีย์หื้อเดียว ต้องดำเนินการ ๗ ขั้นตอนก่อนเสนอ ผว.กทผ. ขออนุมัติยกเว้นสเปคีย์หื้อเดียว จึงทำให้ไม่สามารถก่อนนี้ผูกพันและเบิกจ่ายเงินได้ทันภายในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ประกอบกับครุภัณฑ์ของสำนักงานแพทย์เป็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ต่างจากครุภัณฑ์ทั่วไป																

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน (ต่อ) :**

๓. หมวดค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง (ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง) ค่าที่ดินฯ ของสำนักงานแพทย์อยู่ระหว่างเสนอคณะกรรมการพิจารณาแนวทางการพัฒนาที่ดินและอาคารของกรุงเทพมหานคร (กทอ.) พิจารณาเห็นชอบให้สำนักงานแพทย์เช่าที่ดิน

๔. หมวดรายจ่ายอื่น ยังไม่ได้กำหนดผู้กักพัน ประกอบด้วย

๔.๑ ค่าใช้จ่ายโครงการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ วงเงิน ๑,๐๐๐,๐๐๐.- บาท อยู่ระหว่าง คกก. กำหนดร่าง TOR

๔.๒ โครงการพัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลผู้ป่วย สำนักงานแพทย์ วงเงิน ๒๗,๐๖๑,๐๐๐.- บาท อยู่ระหว่าง คกก. กำหนดร่าง TOR

**หลักฐานอ้างอิง :**

สำนักงบประมาณ ตรวจสอบข้อมูลจากระบบ MIS ๒

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๓ คะแนนความสำเร็จในการจัดทำงานการเงิน ๒.๓.๑ คะแนนของความสำเร็จของการจัดทำงานการเงินทันเวลาและถูกต้อง																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวฉันทิลา บุญชัย			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๔													
ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ 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>คะแนนของการจัดทำงานการเงินที่ได้จริง (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	คะแนนของการจัดทำงานการเงินที่ได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
คะแนนของการจัดทำงานการเงินที่ได้จริง (คะแนนการส่ง + คะแนนความถูกต้อง)	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๒.๓.๑</td><td>๒</td><td>๕</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๒.๓.๑	๒	๕	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๓.๑	๒	๕	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : จัดส่งงบการเงินให้กองบัญชี สำนักงานคลัง และแก้ไขงบการเงินตามข้อทักท้วงและส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนด																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : ได้รับข้อมูล มูลค่าทรัพย์สินและค่าเสื่อมราคาประจำปีล่าช้า																
หลักฐานอ้างอิง : งบการเงินประจำปี ๒๕๕๖ ของสำนักงานแพทย์																

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๓ คะแนนความสำเร็จในการจัดทำงบการเงิน ๒.๓.๒ คะแนนความสำเร็จของการจัดทำรายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สิน ประจำปี ๒๕๕๖ ทันเวลาและถูกต้อง																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวกัญติลา บุญชัย			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๔													
ตำแหน่ง : นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ 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 :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๒.๓.๒</td><td>๒</td><td>๕</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๒.๓.๒	๒	๕	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๓.๒	๒	๕	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : จัดทำและส่งรายงานมูลค่าทรัพย์สิน ภายในระยะเวลาที่กำหนด																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :																
หลักฐานอ้างอิง : รายงานบัญชีมูลค่าทรัพย์สินประจำปี ๒๕๕๖ ของสำนักงานแพทย์																

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๒ ชื่อตัวชี้วัด : ๒.๔ ระดับความสำเร็จของการจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวสุพรรณิ พูนเพิ่มสุขสมบัติ เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๖๒๒ ๕๐๔๗																
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ 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>ผลคะแนนรวมจาก ๗ ขั้นตอน</td><td>≤๘๐</td><td>๘๑</td><td>๘๖</td><td>๙๑</td><td>≥๙๖</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลคะแนนรวมจาก ๗ ขั้นตอน	≤๘๐	๘๑	๘๖	๙๑	≥๙๖
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลคะแนนรวมจาก ๗ ขั้นตอน	≤๘๐	๘๑	๘๖	๙๑	≥๙๖											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๒.๔</td><td>๔</td><td>๑๐๐</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๒.๔	๔	๑๐๐	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๒.๔	๔	๑๐๐	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :																
๑. จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของสำนักงานแพทย์ - คำสั่งสำนักงานแพทย์ ที่ ๑๒๖๐/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖																
๒. จัดตั้งคณะทำงานบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการของสำนักงานแพทย์ - คำสั่งสำนักงานแพทย์ ที่ ๑๒๖๑/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ - ยกเลิก คำสั่งสำนักงานแพทย์ ที่ ๑๒๖๑/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการของสำนักงานแพทย์ (คำสั่งสำนักงานแพทย์ ที่ ๘๘/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗)																
๓. มีการถ่ายทอดความรู้/เผยแพร่ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน ดังนี้ - ประชุมคณะทำงานฯ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องการจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมพิทยรักษ์ สำนักงานแพทย์ - เวียนแจ้งส่วนราชการทราบแนวทางการซักซ้อมการจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ ๒.๔ ประจำปี ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๗																
๔. ประชุมคณะทำงานฯ ๔.๑ เพื่อค้นหา ระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยงของแต่ละกลยุทธ์และตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของสำนักงานแพทย์ (มิติที่ ๑) พร้อมจัดทำตาราง SR๑ และแผนการบริหารความเสี่ยง (ตาราง SR๒) เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมพิทยรักษ์ สำนักงานแพทย์ ๔.๒ ติดตามผลความคืบหน้าของการบริหารความเสี่ยงแต่ละตัวชี้วัดและติดตามผลความคืบหน้าของการดำเนินการตามตัวชี้วัด																

- ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๗

- ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๗

๕. รายงานผลความคืบหน้าของการบริหารความเสี่ยง แต่ละตัวชี้วัดและติดตามผลความคืบหน้าของการดำเนินการตามตัวชี้วัดต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

- ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมพิทยรักษ์ สำนักงานแพทย์

- ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมพิทยรักษ์ สำนักงานแพทย์

จัดส่งสำเนาตาราง SR๑ และ SR๒ ให้สำนักงานตรวจสอบภายใน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

- ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๕๗

- ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๗

๖. จัดทำและส่งรายงานการควบคุมภายใน (แบบ ปย.๑ ปย.๒) ให้สำนักงานตรวจสอบภายใน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

๗. การประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการตามแผนการบริหารความเสี่ยงตามยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

**ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :**

ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**

**หลักฐานอ้างอิง :**

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของสำนักงานแพทย์
๒. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารจัดการของสำนักงานแพทย์
๓. ตารางค้นหา ระบุ และวิเคราะห์ความเสี่ยงตามกลยุทธ์ของหน่วยงาน (ตาราง SR๑)
๔. ตารางแผนบริหารความเสี่ยงตามกลยุทธ์ของหน่วยงาน (ตาราง SR๒)
๕. รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปย.๑)
๖. รายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน (แบบ ปย.๒)
๗. เอกสารที่เกี่ยวข้อง



แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๑ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางภัททนิษฐ์ ขวัญอยู่			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๖๒๒ ๕๐๔๗													
ตำแหน่ง : นักวิชาการสถิติชำนาญการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ 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>ระดับความพึงพอใจ</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	ระดับความพึงพอใจ	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ระดับความพึงพอใจ	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๓.๑</td><td>๕</td><td>๓.๘๘๔</td><td>๓.๘๘๔</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๓.๑	๕	๓.๘๘๔	๓.๘๘๔			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๓.๑	๕	๓.๘๘๔	๓.๘๘๔													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :																
<p>๑. กองงานผู้ตรวจราชการ สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร เชิญประชุมชี้แจงแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการของกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๗ และร่วมพิจารณาปรับแบบสำรวจให้มีความเหมาะสม โดยได้จ้างมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗ ครั้งที่ ๒ เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗</p> <p>๒. ผลการสำรวจครั้งที่ ๑ จากตัวอย่าง ๒๕๐ คน พอสรุปได้ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"><li>๑. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๔.๒๔๙</li><li>๒. ด้านกิจกรรมการเสริมสร้างและพัฒนาของหน่วยงาน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๔.๑๑๔</li><li>๓. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๔.๐๖๓</li><li>๔. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๙๘๐</li><li>๕. ด้านการปฏิบัติงานด้านการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของหน่วยงาน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด เฉลี่ย ๓.๘๒๘</li><li>๖. ด้านบริการผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๘๐๕</li></ol> <p>ผลการสำรวจครั้งที่ ๑ ค่าเฉลี่ย ๔.๐๐๗</p> <p>๓. ผลการสำรวจครั้งที่ ๒ จากตัวอย่าง ๒๕๐ คน พอสรุปได้ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"><li>๑. ด้านบริการผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๘๐๗</li><li>๒. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๘๐๔</li><li>๓. ด้านกิจกรรมการเสริมสร้างและพัฒนาของหน่วยงาน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๗๖๘</li><li>๔. ด้านการปฏิบัติงานด้านการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของหน่วยงาน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด เฉลี่ย ๓.๗๖๑</li><li>๕. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๗๕๒</li><li>๖. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย ๓.๖๖๖</li></ol> <p>ผลการสำรวจครั้งที่ ๒ ค่าเฉลี่ย ๓.๗๖๐</p>																

ความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวม เท่ากับ ๓.๘๘๔

**ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :**

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์มีการนำระบบคุณภาพเข้ามาใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ มีการสำรวจความพึงพอใจ การรับฟังข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงบริการ และมีคณะกรรมการในระดับโรงพยาบาลในการติดตามแก้ไขข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**

เนื่องจากจำนวนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ให้บริการยังคงมีจำนวนเท่าเดิม (เนื่องจากไม่มีการเพิ่มอัตราค่าจ้าง) ดังนั้น จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนต่อวันมากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาอคอยในการเข้ารับบริการนานขึ้น นอกจากนี้ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่ง ห้องน้ำ ที่จอดรถ เมื่อจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ประกอบกับขีดจำกัดด้านพื้นที่ จึงทำให้จำนวนไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วย ซึ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งสิ้น

**หลักฐานอ้างอิง :**

สรุปผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการของสำนักงานการแพทย์ครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ โดยกองงานผู้ตรวจราชการ สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๒ ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางปราณี อินทรทัต			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๑													
ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๐.๒๕ 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>ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ</td><td>๔</td><td>๔.๒๕</td><td>๔.๕๐</td><td>๔.๗๕</td><td>๕</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ	๔	๔.๒๕	๔.๕๐	๔.๗๕	๕
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ระดับความสำเร็จในการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ	๔	๔.๒๕	๔.๕๐	๔.๗๕	๕											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๓.๒</td><td>๖</td><td>๕</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๓.๒	๖	๕	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๓.๒	๖	๕	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : ผู้บริหารติดตามการดำเนินการให้เป็นไปตามเงื่อนไข ในการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานแพทย์ และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการราชการใสสะอาด																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :																
หลักฐานอ้างอิง :																

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๓ ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางสาวศิรินันท์ หมีนมี			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๖๓													
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑๐ 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>ผลรวมคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาฯ</td><td>&lt;๖๐</td><td>๖๐</td><td>๗๐</td><td>๘๐</td><td>≥๙๐</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลรวมคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาฯ	<๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	≥๙๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลรวมคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาฯ	<๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	≥๙๐											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๓.๓</td><td>๔</td><td>ร้อยละ ๙๘.๔๔</td><td>๕</td><td>๐.๒</td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๓.๓	๔	ร้อยละ ๙๘.๔๔	๕	๐.๒		
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๓.๓	๔	ร้อยละ ๙๘.๔๔	๕	๐.๒												
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : -ไม่มี-																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน : ๑. ผู้บริหารสำนักงานแพทย์ให้ความสำคัญ ๒. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจติดตามการดำเนินงานเป็นระยะๆ และมีการตรวจประเมินในทุกส่วนราชการ จำนวน ๒ ครั้ง ๓. ทุกส่วนราชการให้ความร่วมมือดำเนินการตามนโยบายการดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน : -ไม่มี-																
หลักฐานอ้างอิง : ๑. ประกาศนโยบายพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สำนักงานแพทย์ ๒. แผนแม่บท (Master Plan) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ๓. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สำนักงานแพทย์ ๔. แบบฟอร์มการให้คะแนนการดำเนินการพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน																

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๓ ชื่อตัวชี้วัด : ๓.๔ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด (Best Service)																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางพรทิพย์ จักขุทิพย์			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๖๓													
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ 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>ผลคะแนนการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด (ร้อยละ)</td><td>๖๐</td><td>๗๐</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลคะแนนการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด (ร้อยละ)	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ผลคะแนนการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด (ร้อยละ)	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๓.๔</td><td>๕</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๓.๔	๕	ร้อยละ ๑๐๐	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๓.๔	๕	ร้อยละ ๑๐๐	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :																
๑.การดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗																
สำนักงานแพทย์ ดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศ																
ชื่อโครงการ พัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศ																
ลักษณะการให้บริการ ลักษณะที่ ๒ การให้บริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ โดยนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานเวลาและคุณภาพที่หน่วยงานผู้ให้บริการกำหนดทุกครั้ง																
ตัวชี้วัดโครงการ ตัวชี้วัดผลผลิต (OUTPUT)																
๑. ร้อยละของงานเลสิครักษาที่ให้บริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จเป็นไปตามเวลามาตรฐานบริการที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง)																
๒. ระยะเวลาในการให้บริการเลสิครักษาลดลง ร้อยละ ๕๐																
๓. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการเลสิครักษา ไม่เกิน ๑๐ ข้อร้องเรียนต่อปี																
๔. จำนวนผู้รับบริการเลสิครักษา ไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ รายต่อปี																
๕. ร้อยละความผิดพลาดในการให้บริการเลสิครักษาเป็นไปตามเวลามาตรฐาน ไม่เกิน																

ร้อยละ ๑๐ (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง)

### ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (OUTCOME)

๖. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการเลสิกศึกษา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

#### ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการ

๑. โครงการนี้ดำเนินการโดยศูนย์เลสิก โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ห้องเวชระเบียน ศูนย์สารสนเทศ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม และฝ่ายงบประมาณการเงิน

๒. ขั้นตอนการดำเนินการ

**ขั้นตอนที่ ๑** แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการตามโครงการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

- ประชุมชี้แจงการทำเวชระเบียนผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดของศูนย์เลสิก
- จัดทำขั้นตอนการบริการในผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดที่รับบริการผ่านทาง

เจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

**ขั้นตอนที่ ๒** จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

**ขั้นตอนที่ ๓** นำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีที่สุดของกรุงเทพมหานครพิจารณา

**ขั้นตอนที่ ๔** เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติต่อผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีที่สุดของกรุงเทพมหานครแล้ว

**ขั้นตอนที่ ๕** จัดหาผู้ปฏิบัติงานตามขั้นตอนการบริการในผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดที่รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

• เจ้าหน้าที่ศูนย์ IT จัดทำระบบบันทึกเวชระเบียนผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดที่ศูนย์เลสิก

**ขั้นตอนที่ ๖** บันทึกขั้นตอนการบริการในผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดทุกรายที่รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

**ขั้นตอนที่ ๗** ประเมินผลโครงการ

• เก็บระยะเวลาในการรับบริการตามขั้นตอนการบริการในผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดที่รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

• บันทึกความพึงพอใจของผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดทั้งหมดต่อการบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิก

• สรุบบแบบสอบถาม

• วิเคราะห์ผลการดำเนินงานโดยทำการเปรียบเทียบการให้บริการก่อนดำเนิน

โครงการและช่วงดำเนินโครงการว่าเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้หรือไม่

**ขั้นตอนที่ ๘** สรุปลผลการดำเนินงาน

## ผลการดำเนินงานตามโครงการ

๑. ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอโครงการ Best Service ของสำนักงานการแพทย์ประจำปึงประมาณ ๒๕๕๗ และกำหนดแผนงานตามที่ได้วิเคราะห์ เสนอผู้บริหารเพื่อขออนุมัติเห็นชอบในหลักการ

๒. แต่งตั้งคณะทำงานดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศ ให้มีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ตามคำสั่งโรงพยาบาลกลาง ที่ ๑๖๐๓ / ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานโครงการการพัฒนาการบริการผู้รับบริการของศูนย์เลิศด้วยระบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ โดยให้คณะทำงาน มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- ๑) กำหนดแนวทางในการดำเนินโครงการการพัฒนาการบริการผู้รับบริการของศูนย์เลิศ ด้วยระบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE)
- ๒) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ เว็บไซต์ पोสเตอร์ ใบปลิว เป็นต้น
- ๓) จัดให้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการและมีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงการดำเนินการ
- ๔) จัดเก็บสถิติและประเมินผลการดำเนินการพร้อมวิเคราะห์ผลและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินโครงการให้บริการที่ดีที่สุด นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล สำนักงานการแพทย์และคณะกรรมการ ข้าราชการ กรุงเทพมหานคร ภายในเวลากำหนด

๒.๑ จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานภายในหน่วยงาน

๒.๒ จัดทำขั้นตอนการรับบริการเลิศรักษา ตั้งแต่वेशะเบียนผู้รับบริการรายใหม่ ขั้นตอนการรับยา ขั้นตอนการผ่าตัด ขั้นตอนการชำระค่าบริการ

๓. ดำเนินการจัดทำโครงการ พัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศ

๔. นำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีที่สุดของกรุงเทพมหานครพิจารณาตามหนังสือสำนักงานการแพทย์ ที่ กท ๐๖๐๒/๙๔๑๗ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เรื่อง ขอส่งโครงการให้บริการที่ดีที่สุดประจำปึงประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗

๕. นำเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติต่อผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ ตามหนังสือโรงพยาบาลที่ กท ๐๖๐๕/๑๒๕๖ ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๗ เรื่อง ขออนุมัติโครงการให้บริการที่ดีที่สุด (Best Service) เรื่อง พัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศ เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีที่สุดของกรุงเทพมหานครเรียบร้อยแล้ว และได้รับการอนุมัติโครงการจากสำนักงานการแพทย์ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

๖. เริ่มดำเนินโครงการ พัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศ จัดเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม ๒๕๕๗ ดำเนินการเผยแพร่ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกลาง เพื่อให้ทุกหน่วยงานรับทราบข้อมูลการดำเนินโครงการฯ มีผู้มารับบริการทั้งหมด ๑,๐๓๐ ราย

๗. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลประสานงานกับศูนย์สารสนเทศ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยา จัดเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗ - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

๘. ประชาสัมพันธ์/เผยแพร่โครงการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลิศให้ผู้มารับบริการทราบผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่

## เว็บไซต์ของหน่วยงาน

๙. สสำรวจผลความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๖ – เดือนสิงหาคม ๒๕๕๗ จำนวน ๕๖๙ ราย พบว่าผู้มารับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ ๕๔๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๔๔

## การวัดผลตามตัวชี้วัดโครงการ

### ตัวชี้วัดผลผลิต (OUTPUT)

๑. ร้อยละของงานเลสิกซ์รักษาที่ให้บริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จเป็นไปตามเวลา  
มาตรฐานบริการที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง)

- จำนวนผู้รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ โดยนับระยะเวลาที่ผู้รับบริการรายใหม่ที่ต้องรับการผ่าตัดได้รับบริการตั้งแต่การกรอกประวัติผู้รับบริการ คัดกรอง บันทึกเวชระเบียน รับการตรวจรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รับฟังข้อมูลการปฏิบัติตนภายหลังการตรวจรักษา ชำระเงิน รอรับยาและกลับบ้านจนครบวงจร ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗ – เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๓๐ ราย และมีจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับบริการเป็นไปตามเวลามาตรฐานที่กำหนด (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง) จำนวนทั้งสิ้น ๙๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖๐

### วิธีการคำนวณ

จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัดที่ศูนย์เลสิกซ์ทุกรายที่เป็นไปตามเวลามาตรฐานหารด้วย  
จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ที่รับการผ่าตัด คูณ ๑๐๐

$$\frac{\text{จำนวนผู้รับบริการตามเวลามาตรฐาน} \times 100}{\text{ผู้รับบริการเลสิกซ์รักษา รายใหม่ทั้งหมด}}$$

### ผลการคำนวณ

$$\frac{955}{1,030} \times 100 = 96.60$$

๑,๐๓๐

- สาเหตุที่ผู้รับบริการบางรายไม่ได้รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จเป็นไปตามเวลามาตรฐานบริการที่กำหนด (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง) เนื่องจากผู้รับบริการบางรายไม่สามารถผ่าตัดรักษาสายตาด้วยเลเซอร์ได้เนื่องจากภาวะกระจกตาบาง ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง Retina, Glaucoma และการตรวจพิเศษทางด้านจักษุ

๒. ระยะเวลาในการให้บริการเลสิกซ์รักษาลดลง ร้อยละ ๕๐

- ระยะเวลาในการให้บริการก่อนดำเนินโครงการ ตั้งแต่ขั้นตอนผู้รับบริการเลสิกซ์รักษา รายใหม่ ที่รับการผ่าตัดทำการกรอกประวัติผู้รับบริการจนกระทั่งขั้นตอนก่อนพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา และขั้นตอนหลังพบแพทย์จนกระทั่งรอรับยาและกลับบ้าน ใช้เวลาเฉลี่ย ๒๐๕ - ๖๐ = ๑๔๕ นาที (๒ ชั่วโมง ๒๕ นาที)

- ระยะเวลาในการให้บริการช่วงดำเนินโครงการ ตั้งแต่ขั้นตอนผู้รับบริการเลสิกซ์รักษา รายใหม่ ที่รับการผ่าตัดทำการกรอกประวัติผู้รับบริการจนกระทั่งขั้นตอนก่อนพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา และขั้นตอนหลังพบแพทย์จนกระทั่งรอรับยาและกลับบ้าน ใช้เวลาเฉลี่ย ๑๑๐ - ๖๐ = ๕๐ นาที

หมายเหตุ : ไม่นับขั้นตอนการเข้ารับการตรวจ / รักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่เน้นคุณภาพในการตรวจรักษาจึงใช้เวลา ๖๐ นาที เท่าเดิม (ทั้งก่อนดำเนินโครงการ และหลังดำเนินโครงการ)

### วิธีการคำนวณ

- ระยะเวลาเฉลี่ยทั้งหมดในการให้บริการก่อนดำเนินโครงการ (A)

หมายถึง ระยะเวลาทั้งหมดในการให้บริการก่อนดำเนินโครงการ หารด้วย

จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ทั้งหมดที่ศูนย์เลสิกซ์ในปี ๒๕๕๖



- ระยะเวลาเฉลี่ยทั้งหมดในการให้บริการช่วงดำเนินโครงการ (B)

หมายถึง ระยะเวลาทั้งหมดในการให้บริการในช่วงดำเนินโครงการ ทหารด้วย จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ทั้งหมดที่ศูนย์เลสิกในปี ๒๕๕๗

$$\frac{\text{ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนดำเนินโครงการ} - \text{ระยะเวลาเฉลี่ยช่วงดำเนินโครงการ}}{\text{ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนดำเนินโครงการ}} \times 100$$

#### ผลการคำนวณ

$$\frac{๑๔๕ - ๕๐}{๑๔๕} \times 100 = ๖๕.๕๒$$

- ระยะเวลาผู้รับบริการตั้งแต่ขั้นตอนผู้รับบริการเลสิครักษารายใหม่ที่ได้รับการผ่าตัดทำการกรอกประวัติผู้รับบริการจนกระทั่งขั้นตอนก่อนพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา และขั้นตอนหลังพบแพทย์จนกระทั่งรอรับยาและกลับบ้าน ลดลงคิดเป็นร้อยละ ๖๕.๕๒

#### **๓. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการเลสิครักษา ไม่เกิน ๑๐ ข้อร้องเรียนต่อปี**

- ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๖ - สิงหาคม ๒๕๕๗) จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด ๑,๐๓๐ ราย ศูนย์เลสิกไม่พบข้อร้องเรียนของผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการเลสิครักษาที่บริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จและผู้รับบริการรายใหม่ที่ได้รับการผ่าตัดไม่มีแจ้งการร้องเรียนไว้ผ่านกล่องแสดงความคิดเห็นที่ศูนย์เลสิครักษา

#### **๔. จำนวนผู้รับบริการเลสิครักษา ไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ รายต่อปี**

- ผู้รับบริการเลสิครักษารายใหม่ที่รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๖ - เดือนสิงหาคม ๒๕๕๗) มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๓๐ ราย แต่ได้รับการผ่าตัดจำนวนทั้งสิ้น ๘๓๙ ราย (ไม่ได้รับการผ่าตัด จำนวน ๑๙๑ ราย) ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุ

๑) ผู้รับบริการบางรายมีภาวะกระจกตาบาง ไม่สามารถรักษาสายตาด้วยวิธีปกติโดยใช้ใบมีดในการผ่าตัดฝากระจกตาได้ แต่ต้องใช้เทคโนโลยีใหม่คือเครื่องแยกชั้นกระจกตาด้วยเลเซอร์ (Femtosecond Laser)

๒) ผู้รับบริการบางรายมีภาวะจอประสาทตาบางหรือมีรอยฉีกขาด ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านจอประสาทตา

๓) ผู้รับบริการที่มีภาวะความดันลูกตาสสูง ขั้วประสาทตาใหญ่ ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคต้อหิน

#### **๕. ร้อยละความผิดพลาดในการให้บริการเลสิครักษาไม่เป็นไปตามเวลามาตรฐาน ไม่เกินร้อยละ ๑๐**

(เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง)

- ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๖ - เดือนสิงหาคม ๒๕๕๗) มีผู้รับบริการจำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๓๐ ราย ได้รับการที่ไม่เป็นไปตามเวลามาตรฐานที่กำหนด (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง) มีจำนวนทั้งสิ้น ๓๕ ราย ดังนั้น ความผิดพลาดในการให้บริการเลสิครักษาแก่ผู้รับบริการรายใหม่ที่รับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จในปี พ.ศ.๒๕๕๗ ไม่เป็นไปตามเวลามาตรฐานที่กำหนดไว้ (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๐

#### วิธีการคำนวณ

นับจำนวนความผิดพลาดทั้งหมดในการให้บริการเลสิครักษาที่ไม่เป็นไปตามเวลามาตรฐาน ทหารด้วยผู้รับบริการเลสิครักษารายใหม่ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมดที่มารับบริการผ่านทางเจ้าหน้าที่แบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จในปี พ.ศ.๒๕๕๗ คุณ ๑๐๐

$$\frac{\text{จำนวนข้อผิดพลาดในการให้บริการ} \times 100}{\text{ผู้รับบริการเลสิครักษารายใหม่ทั้งหมด}}$$

## ผลการคำนวณ

$$\frac{๓๕}{๑,๐๓๐} \times ๑๐๐ = ๓.๔๐$$

- ความผิดพลาดในการให้บริการเลสิครักษาไม่เป็นไปตามเวลามาตรฐานที่กำหนด (เวลามาตรฐานภายใน ๒ ชั่วโมง) ด้วยสาเหตุดังนี้

๑. ผู้มารับบริการที่ศูนย์เลสิคมีรูปร่างตาขนาดเล็ก ทำให้ขั้นตอนการขยายม่านตาเสียเวลานาน
๒. ผู้มารับบริการถูกนำส่งไปปรึกษาเภสัชกร เรื่องแพ้ยา
๓. ผู้มารับบริการถูกนำส่งไปถ่ายรูปขั้วตาที่ ห้องตรวจ OPD ชั้น ๓

## ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (OUTCOME)

### ๖. ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจของผู้รับบริการเลสิครักษา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

- ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๖ – เดือนสิงหาคม ๒๕๕๗) ดำเนินการเก็บข้อมูลความพึงพอใจจากผู้รับบริการเลสิครักษา จำนวน ๕๖๙ ฉบับ จากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจในภาพรวมพบว่า ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมาก คือ ๕๔๙ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๔๙

- ผลการประเมินความพึงพอใจ รายข้อ พบว่า

๑. ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจสภาพสายตา อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๕๘
๒. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสายตาด้วยเลเซอร์ อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ ๔.๔๙
๓. วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการรักษาสายตาด้วยเลเซอร์ อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๕๗
๔. วิธีการปฏิบัติตัวภายหลังจากการรักษาสายตาด้วยเลเซอร์ อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๕๙
๕. ทราบทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพสายตาตนเอง อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ ๔.๔๗
๖. ทราบผลของการรักษาและผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ ๔.๔๒
๗. ความชัดเจนของการมองเห็นหลังรักษาสายตาด้วยเลเซอร์ อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ ๔.๓๔
๘. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ ๔.๔๖
๙. คุณภาพการตรวจและรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๗๑
๑๐. คุณภาพการให้บริการของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เลสิค อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๗๗
๑๑. การให้ข้อมูลและการตอบข้อซักถามของพยาบาล อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๗๐
๑๒. ให้การบริการด้วยความสุภาพ และเป็นมิตร อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๗๙
๑๓. ความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือและให้บริการพยาบาล อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๗๕
๑๔. การบริการเกี่ยวกับการทำแวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๖๕
๑๕. การให้บริการการจัดระบบยา อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ ๔.๕๑

- ข้อเสนอแนะ พบว่า อยากให้โรงพยาบาลกลางมีการนำเทคโนโลยี RELAX มาใช้เพื่อเป็นทางเลือก

## ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :

๑. ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสำนักการแพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลกลาง
๒. ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายงบประมาณการเงิน และบัญชี ศูนย์ประชาสัมพันธ์
๓. เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุกฝ่าย ให้ความร่วมมือในโครงการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (ONE STOP SERVICE) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการที่ศูนย์เลสิค
๔. ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ศูนย์เลสิค ชั้น ๑๖ อาคารอนุสรณ์ ๑๐๐ ปี โรงพยาบาลกลาง

## ปัญหา / อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

๑. บุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงพอต่อการให้บริการต่อผู้บริการที่เพิ่มมากขึ้น

๒. เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีใหม่ๆ กระบวนการจัดซื้อ ยุ่งยากซับซ้อน  
๓. สถานที่คับแคบ ไม่เพียงพอต่อการปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการ  
๔. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศภายในศูนย์ตรวจและรักษาสายตาสอดคล้องกับการบริการและเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการประชาสัมพันธ์โครงการยังไม่สามารถเผยแพร่ให้ผู้รับบริการรายใหม่เข้าใจระบบการให้บริการแบบใหม่

**หลักฐานอ้างอิง :**

๑. เอกสารประกอบการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
๒. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ

**๒.การรักษา หรือคงไว้ซึ่งมาตรฐานการให้บริการของโครงการที่ดีที่สุด (Best Service) ปีงบประมาณ ๒๕๕๑ - ๒๕๕๖ และวัดผลใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗**

- ๒.๑ โครงการให้บริการที่ดีที่สุด (Best Service) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖
- ๒.๒ โครงการให้บริการที่ดีที่สุด (Best Service) ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๕

**โครงการให้บริการที่ดีที่สุดปีงบประมาณ ๒๕๕๖**

**๑. โครงการพัฒนาระบบบริการนัดหมายล่วงหน้าผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักกั๋ ชูตินุโร อุทิศ** ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการได้ผลงาน “สูงกว่า” เป้าหมายที่ผ่านการประเมินผลในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖

๑.๑ จำนวนช่องทางในการให้บริการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ ช่องทาง (online, hotline)

- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักกั๋ ชูตินุโร อุทิศ มีการนัดหมายบริการ ๒ ช่องทาง ได้แก่ ทางอินเทอร์เน็ต และ Hot line

๑.๒ ระยะเวลาในการให้บริการลดลง ร้อยละ ๕๐

- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระยะเวลาลดลง ร้อยละ ๗๘

- โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักกั๋ ชูตินุโร อุทิศ ระยะเวลาลดลงร้อยละ ๗๖.๐๖

๑.๓ จำนวนผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมที่ใช้บริการผ่านระบบนัดหมายล่วงหน้า

- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ไม่น้อยกว่า ๓,๐๐๐ รายต่อปี

ผลการดำเนินการ ๘,๘๓๘ ราย

- โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักกั๋ ชูตินุโร อุทิศ ไม่น้อยกว่า ๘๐๐ รายต่อปี

ผลการดำเนินการ ๑,๑๐๗ ราย

๑.๔ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคมที่ใช้บริการผ่านระบบนัดหมายล่วงหน้าของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักกั๋ ชูตินุโร อุทิศ มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ ๙๐.๑๕

- โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักกั๋ ชูตินุโร อุทิศ ความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ ๘๙.๕๖

**โครงการให้บริการที่ดีที่สุดปีงบประมาณ ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕**

**๒. โครงการพัฒนาระบบและลดขั้นตอนการให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ ๒๕๕๒** ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการได้ผลงาน “สูงกว่า” เป้าหมายที่ผ่านการประเมินผลในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๖

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในระดับ “มาก” ในการให้บริการของคลินิกวัณโรค มากกว่า ร้อยละ ๘๐

- โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ ๙๒.๐๙

- โรงพยาบาลสิรินธร ความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ ๙๑.๓๓

๒.๒ ร้อยละของการให้บริการของคลินิกวิธโรคเป็นไปตามขั้นตอนและเวลามาตรฐานในการให้บริการที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

- โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร การให้บริการของคลินิกวิธโรคเป็นไปตามขั้นตอนและเวลา มาตรฐานในการให้บริการที่กำหนด ร้อยละ ๙๕.๒๓

- โรงพยาบาลสิรินธร ความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ ๘๖.๓๓

**ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :**

๑. ผู้บริหารโรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ภูเก็ต โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสิรินธรให้การสนับสนุน

๒. ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภายใน (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) และภายนอกโรงพยาบาล (สำนักงาน ประกันสังคมพื้นที่เขต ๑๑)

๓. มีการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

๔. การประชาสัมพันธ์โครงการ

**ปัญหา / อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**

โรงพยาบาลกลาง

- การประชาสัมพันธ์โครงการยังไม่ทั่วถึง

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

- การประชาสัมพันธ์โครงการยังเข้าไม่ถึงผู้ประกันตนอย่างทั่วถึง

- ผู้รับบริการยังเข้าไม่ถึงระบบ Online (Internet)

- ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัดหมาย

โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ภูเก็ต ภูเก็ต

- การประชาสัมพันธ์โครงการยังเข้าไม่ถึงผู้ประกันตนอย่างทั่วถึง

- Server website ของ มีปัญหาต้องปิดปรับปรุงเป็นระยะ

- อัตราค่าล้างแพทย์ไม่เพียงพอ แพทย์ห้องตรวจประกันสังคมต้องไปช่วยตรวจคลินิกอายุรกรรม ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้ารับบริการได้ตามช่วงเวลานัด

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

- ผู้รับบริการยังไม่เข้าใจในขั้นตอนการรับบริการเท่าที่ควร

- ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัดหมาย

โรงพยาบาลสิรินธร

- ผู้รับบริการยังไม่เข้าใจในขั้นตอนการรับบริการเท่าที่ควร

**หลักฐานอ้างอิง :**

๑. สื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ

๒. รายงานสถิติผู้มาใช้บริการ

๓. ผลการวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๔. เอกสารประกอบการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

๕. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มิติที่ : ๔ ชื่อตัวชี้วัด : ๔.๑ ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรไปสู่การปฏิบัติ																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : ๑. นางสาวจินจรรยา ศุนย์ราช ตำแหน่ง บรรณารักษ์ปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๔๔๔ ๐๑๖๓ ต่อ ๘๘๑๐ ๒. นางสาวปิยรัตน์ พรรณรังษี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ฝ่ายแผนงาน กองวิชาการ เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๖๒๒ ๕๐๔๗																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ 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>ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรไปสู่การปฏิบัติ</td><td>๗๐</td><td>๗๕</td><td>๘๐</td><td>๘๕</td><td>๙๐</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรไปสู่การปฏิบัติ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรไปสู่การปฏิบัติ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๔.๑</td><td>๕</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๔.๑	๕	ร้อยละ ๑๐๐	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๔.๑	๕	ร้อยละ ๑๐๐	๕													

**คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน :**

ดำเนินการตัวชี้วัดที่ ๔.๑ ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์การไปสู่การปฏิบัติ ตามขั้นตอนหรือแนวทางดำเนินการที่สำนักงาน ก.ก. กำหนด โดยได้ดำเนินการ ๘ ขั้นตอนดังนี้

**๑. วิเคราะห์ สํารวจ ศักยภาพองค์ความรู้ รวมทั้งแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ ที่ได้จากการฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ทั้งในและต่างประเทศ การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน นำไปสู่การปฏิบัติ**

๑.๑ สำนักงาน ก.ก. ได้มีหนังสือที่ กท ๐๓๐๓/๓๐๒๑ ลงวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เรื่องการดำเนินการตัวชี้วัดที่ ๔.๑ ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์การไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นสำนักงานการแพทย์จึงเวียนแจ้งหนังสือดังกล่าวไปยังส่วนราชการในสังกัดฯ ตามหนังสือที่ กท ๐๖๐๒/๕๑๕๑ ลงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เพื่อให้ส่วนราชการคัดเลือกโครงการเสนอ อย่างน้อย จำนวน ๑ เรื่อง ทั้งนี้ เพื่อนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการราชการสำนักงานการแพทย์ และที่ประชุมได้มีมติเลือกโครงการพัฒนาการผ่าตัดข้อไหล่ข้อเข่า ผ่านกล้องแบบใหม่ ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

๑.๒ ผู้รับผิดชอบโครงการดำเนินการวิเคราะห์ สํารวจ ศักยภาพองค์ความรู้ รวมทั้งแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศจากการฝึกอบรม ศึกษาดูงานจากต่างประเทศ ด้านเทคนิคการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่า ผ่านกล้องแบบใหม่ ณ Technical University of Munich เมืองมิวนิค สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ซึ่งเป็นวิธีการที่ทันสมัยที่สุดในโลก ณ ปัจจุบัน โดยมีองค์ความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ได้แก่

๑.) วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องที่ข้อไหล่ ข้อเข่าด้วยเทคนิควิธีใหม่

๒.) วิธีการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกให้กลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว และระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลลดลง

**๒. กำหนดแผนงาน/โครงการตามที่ได้วิเคราะห์ เสนอผู้บริหารเพื่อขออนุมัติ**

๒.๑ ผู้รับผิดชอบโครงการดำเนินการร่างโครงการพัฒนาการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่า ผ่านกล้องแบบใหม่ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์พิจารณาให้ความเห็นชอบ และสำนักงานการแพทย์ได้จัดทำรายละเอียดผลการดำเนินงานดังกล่าวส่งไปยังสำนักงาน ก.ก. ตามหนังสือที่ กท ๐๖๐๒/๕๔๑๘ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เรื่อง ขอส่งรายละเอียดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ ๔.๑ ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์การไปสู่การปฏิบัติ

๒.๒ สำนักงาน ก.ก.ได้มีหนังสือที่ กท ๐๓๐๓/๖๒๐ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาตัวชี้วัดที่ ๔.๑ ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์การไปสู่การปฏิบัติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗ มายังสำนักงานการแพทย์ เพื่อให้จัดส่งโครงการฉบับสมบูรณ์ และสำนักงานการแพทย์ได้มีหนังสือที่ กท ๐๖๐๒/๑๖๗๖ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๗ เพื่อจัดส่งโครงการดังกล่าวไปยังสำนักงาน ก.ก.

**๓. นำแผนงาน/โครงการที่ได้รับการอนุมัติแล้วไปสู่การปฏิบัติ**

เริ่มดำเนินโครงการเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๗ และสิ้นสุดโครงการในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๗ โดยนำองค์ความรู้ นวัตกรรม หรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ ที่ได้วิเคราะห์ คือ เทคนิคการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่าผ่านกล้องแบบใหม่ มาประยุกต์ใช้ในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการตามตัวชี้วัดโครงการ ๔ ข้อ ดังนี้

๓.๑ จำนวนวิธีการ (เทคนิค) การผ่าตัดผ่านกล้องข้อไหล่ ข้อเข่า เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐

๓.๒ ลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมากกว่า ร้อยละ ๕๐

๓.๓ ระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องข้อไหล่ ข้อเข่า ลดลงมากกว่าร้อยละ ๒๕

๓.๔ ผู้เข้ารับการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่า มีความพึงพอใจมากกว่า ร้อยละ ๘๕

โดยมีผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน ๔ ราย ได้ดำเนินการผ่าตัดรักษาโดยไม่มีการส่งต่อ ใช้วิธีการผ่าตัด ๓ วิธี ดังนี้ Arthroscopic biceps tenotomy, Arthroscopic rotator cuff repair, Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction พบว่า ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว มีระยะ เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล

ลดลง มีวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย ๒.๒๕ วันต่อราย เมื่อสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการในภาพรวม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๕

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ				
ตัวชี้วัดโครงการ	ข้อมูลก่อนดำเนินโครงการ	ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ ส.ค.๕๗	เป้าหมาย	ผลที่ได้
๑. จำนวนวิธีการ (เทคนิค) การผ่าตัดผ่านกล้องข้อไหล่ ข้อเข่าเพิ่มขึ้น	๓ วิธี	๗ วิธี	ร้อยละ ๕๐	๑๓๓.๓๓๓ (๑๐๐)
๒. ลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	ส่งต่อ ๑ คน	ไม่มีการส่งต่อ	มากกว่าร้อยละ ๕๐	๑๐๐
๓. ระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องข้อไหล่ข้อเข่าลดลง	๓.๕ วัน	๒.๒๕ วัน	มากกว่าร้อยละ ๒๕	๓๕.๗๑๔ (๑๐๐)
๔. ผู้เข้ารับการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่ามีความพึงพอใจ	-	ร้อยละ ๘๕.๕	มากกว่าร้อยละ ๘๕	๑๐๐.๕๘๘ (๑๐๐)
ผลเฉลี่ยรวมของทั้ง ๔ ตัวชี้วัด = $\frac{๑๐๐ + ๑๐๐ + ๑๐๐ + ๑๐๐}{๔} = ๑๐๐$				
คะแนนที่ได้ในขั้นตอนที่ ๓ = $\frac{๑๐๐}{๑๐๐} \times ๓๐ = ๓๐$				

#### ๔. จัดทำรายงานติดตามผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารของหน่วยงานทราบ

จัดทำรายงานการติดตามผลการดำเนินโครงการให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทราบเดือนละครั้ง นับตั้งแต่เดือนมีนาคม ๒๕๕๗ ตามที่โครงการได้รับการอนุมัติ โดยดำเนินการจัดทำรายงานการติดตามผล ตั้งแต่เริ่มโครงการในเดือนมีนาคม ๒๕๕๗ ถึงสิ้นสุด โครงการในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๗

#### ๕. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล ความรู้ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) รวมทั้งแผน/โครงการ โดยจัดทำเป็นฐานความรู้เผยแพร่เก็บไว้ในมุม/แหล่งความรู้ของหน่วยงาน

เผยแพร่ ข้อมูล ความรู้ ในมุมความรู้ของหน่วยงาน โดยมีเอกสารโครงการ แนวคิด ผลการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการ ความรู้ด้านการผ่าตัดรักษาข้อเข่า ข้อไหล่ ความรู้เกี่ยวกับการปวดเข่าปวดไหล่ มีการจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์ การจัดบอร์ดความรู้

#### ๖. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล ความรู้ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) รวมทั้งแผน/โครงการ โดยจัดทำเป็นฐานความรู้เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เผยแพร่ ข้อมูล ความรู้ ในเว็บไซต์ของหน่วยงาน โดยมีเอกสารโครงการ แนวคิด ผลการดำเนินโครงการ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการ ความรู้ด้านการผ่าตัดรักษาข้อเข่า ข้อไหล่ ความรู้เกี่ยวกับการปวดเข่าปวดไหล่ แผ่นพับและโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์

**๗. ประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ผลงานที่ดำเนินการได้ให้แก่ผู้รับบริการรับทราบ**

จัดมุมความรู้ จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ จัดทำแผ่นพับและโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ ข้อมูลความรู้ ในเว็บไซต์ของหน่วยงาน

**๘. สํารวจวัดผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยใช้แบบสอบถามของสำนักงาน ก.ก.**

สํารวจความพึงพอใจจากผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน ๔ ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ ๔.๒๗๕ คิดเป็น ร้อยละ ๘๕.๕

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ๔.๑		
ขั้นตอนการดำเนินงาน	ร้อยละ	ผลที่ได้
๑. วิเคราะห์ สํารวจ ศึกษาองค์ความรู้	๑๐	๑๐
๒. กำหนดแผนงาน/ โครงการ เพื่อขออนุมัติ	๑๐	๑๐
๓. นำแผนงาน/ โครงการที่ได้รับการอนุมัติแล้วไปสู่การปฏิบัติ	๓๐	๓๐
๔. จัดทำรายงานติดตามผลการดำเนินงาน	๑๐	๑๐
๕. จัดทำเป็นฐานความรู้ เผยแพร่ในมุม/แหล่งความรู้ของหน่วยงาน	๕	๕
๖. จัดทำเป็นฐานความรู้เผยแพร่ทางเว็บไซต์	๕	๕
๗. ประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ผลงานที่ดำเนินการได้ให้แก่ผู้รับบริการรับทราบ	๑๐	๑๐
๘. สํารวจวัดผลความพึงพอใจ	๒๐	๒๐
ผลรวมร้อยละที่ดำเนินการได้ = ร้อยละ ๑๐๐		

**ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :**

๑. ผู้บริหารโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ตลอดจนผู้บริหารสำนักการแพทย์ให้ความสำคัญและสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

๒. บุคลากรแพทย์ที่ได้ไปศึกษาดูงานต่างประเทศ ด้านเทคนิคการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่า ผ่านกล้องแบบใหม่ ณ Technical University of Munich เมืองมิวนิค สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี

**อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :**

๑. มีผู้ป่วยโรคกระดูกดังกล่าว จำนวนยังไม่มากนัก จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อการรักษาในเทคนิคดังกล่าวไม่มากเท่าที่ควร

๒. การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ ๔.๑ ร้อยละความสำเร็จของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์การไปสู่การปฏิบัติ เป็นรายเดือนเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้รับผิดชอบโครงการ ดังนั้นควรจะให้มีการรายงานเป็นรายไตรมาส ทุก ๓ เดือน

**หลักฐานอ้างอิง :**

๑. โครงการพัฒนาการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่า ผ่านกล้องแบบใหม่

๒. เอกสารรายงานผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาการผ่าตัดข้อไหล่ ข้อเข่า ผ่านกล้องแบบใหม่ จำนวน ๑ ฉบับ ( ๙ หน้า)

๓. ภาพถ่ายเทคนิคการผ่าตัด



แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มติที่ : ๔ ชื่อตัวชี้วัด : ๔.๒ ร้อยละความสำเร็จของการแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตประพฤติมิชอบ ของบุคลากรในหน่วยงาน ๑.๒.๑ ร้อยละของควมมีประสิทธิภาพในการตรวจสอบหรือแก้ไขเรื่องร้องเรียน เกี่ยวกับการทุจริตประพฤติมิชอบของบุคลากรในหน่วยงาน																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางปราณี อินทรทัต			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๑													
ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ 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>ตรวจสอบหรือแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ การทุจริต ๆ มีประสิทธิภาพ ๆ ได้ร้อยละ</td><td>๖๐</td><td>๗๐</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ตรวจสอบหรือแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ การทุจริต ๆ มีประสิทธิภาพ ๆ ได้ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ตรวจสอบหรือแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ การทุจริต ๆ มีประสิทธิภาพ ๆ ได้ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วง น้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๔.๒.๑</td><td>๒</td><td>๑๐๐</td><td>๕</td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วง น้ำหนัก	๔.๒.๑	๒	๑๐๐	๕			
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วง น้ำหนัก												
๔.๒.๑	๒	๑๐๐	๕													
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : ผู้บริหารติดตามการดำเนินการให้เป็นไปตามเงื่อนไข ในการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานแพทย์ และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการราชการใสสะอาด																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :																
หลักฐานอ้างอิง :																

แบบฟอร์มการรายงาน  
ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

หน่วยงาน : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร																
ประเภทหน่วยงาน : <input checked="" type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Line & Staff																
มติที่ : ๔    ชื่อตัวชี้วัด : ๔.๒ ร้อยละความสำเร็จของการแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตประพฤติมิชอบ ของบุคลากรในหน่วยงาน ๑.๒.๒ ร้อยละของจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตประพฤติมิชอบ ของบุคลากรในหน่วยงานลดลง																
ชื่อผู้รับผิดชอบการรายงาน : นางปราณี อินทรทัต			เบอร์โทรศัพท์ : ๐ ๒๒๒๐ ๗๕๑๑													
ตำแหน่ง : เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน																
เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๒๐ 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>ร้อยละของจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริต ประพฤติมิชอบของบุคลากรในหน่วยงานลดลง</td><td>≤ ๒๐</td><td>๔๐</td><td>๖๐</td><td>๘๐</td><td>≥ ๘๑</td></tr></tbody></table>					ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละของจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริต ประพฤติมิชอบของบุคลากรในหน่วยงานลดลง	≤ ๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	≥ ๘๑
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕											
ร้อยละของจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริต ประพฤติมิชอบของบุคลากรในหน่วยงานลดลง	≤ ๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	≥ ๘๑											
ผลการดำเนินงาน :																
<table border="1"><thead><tr><th>ตัวชี้วัดที่</th><th>น้ำหนัก (ร้อยละ)</th><th>ผลการดำเนินงาน</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก</th></tr></thead><tbody><tr><td>๔.๒.๒</td><td>๒</td><td>ไม่มีเรื่องร้องเรียน</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก	๔.๒.๒	๒	ไม่มีเรื่องร้องเรียน				
ตัวชี้วัดที่	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนัก												
๔.๒.๒	๒	ไม่มีเรื่องร้องเรียน														
คำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน : ผู้บริหารติดตามการดำเนินการให้เป็นไปตามเงื่อนไข ในการประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักงานแพทย์ และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการราชการใสสะอาด																
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน :																
อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :																
หลักฐานอ้างอิง :																