



แผนปฏิบัติการ
โรงพยาบาลศิริราช สำนักการแพทย์
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔

แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๔

ตาราง ก. แสดงตัวชี้วัดและภารกิจจากการเจรจาตกลงการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ.๒๕๖๔
องค์ประกอบที่ ๑ ประสิทธิภาพในการดำเนินการกิจหลักตามยุทธศาสตร์กรุงเทพมหานคร

ด้านที่ ๑ มหานครปลอดภัย

มิติที่ ๑.๖ ปลอดภัยคนเมือง อาหารปลอดภัย

เป้าหมายที่ ๑.๖.๑ คนกรุงเทพฯ มีสุขภาพร่างกายและจิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วย จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคจากการประกอบอาชีพ
เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๑.๓ คัดกรองและลดปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง	≥ ร้อยละ ๘๐

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
จัดบริการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ม.๕)	๑. ร้อยละความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง (ผลลัพธ์)	นิยาม ๑. ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมิน Thai CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาทิ การได้รับยาลดไขมันการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ ฯลฯ แล้วมีค่า CVD Risk ลดลง	๑. โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๘ รพ./สพบ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๒. ผู้ที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) ในคลินิกเบาหวาน และ/หรือ คลินิกอายุรกรรม ทุกคนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และมีความเสี่ยงสูงใน ๑๐ ปีข้างหน้า</p> <p>๓. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน Thai CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเสี่ยง เช่น การให้คำปรึกษา เรื่องบุหรี่ การปรับพฤติกรรมรับประทาน อาหาร ลดไขมัน ลดเกลือ เป็นต้น</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <p>๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ - I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และรหัส I๑๐ - I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p>	

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๑. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการประเมิน Thai CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง (โดยใช้ผลเลือดในการคำนวณ) ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ -๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ (เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการประเมินหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม ๖ เดือน)</p> <p>ค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๐</p> <p>วิธีการคำนวณ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) และ/หรือความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) กลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม และมีค่า CVD Risk ลดลง หารด้วย จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) และ/หรือความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) กลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐</p> <p>วิธีเก็บข้อมูล/หลักฐาน แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส</p>	

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง”

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓๐	๒๐ คะแนน
๔	ร้อยละ ๙๐	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ร้อยละ ๒๕ – ๒๙.๙๙	๑๘ คะแนน
๓	ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ร้อยละ ๒๐ – ๒๔.๙๙	๑๖ คะแนน
๒	ร้อยละ ๗๐	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ร้อยละ ๑๕ – ๑๙.๙๙	๑๔ คะแนน
๑	ร้อยละ ๖๐	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีความเสี่ยงสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ น้อยกว่า ร้อยละ ๑๕	๑๒ คะแนน

ด้านที่ ๓ มหานครสำหรับทุกคน

มิติที่ ๓.๑ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สวัสดิการและการสงเคราะห์ และการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

เป้าหมายที่ ๓.๑.๓ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร

เป้าประสงค์ที่ ๓.๑.๓.๒ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการประเมินผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพแบบบูรณาการ	ร้อยละ ๔๐

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ส่งเสริมการค้นพบโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (ม.๑)	๒. ร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการประเมินผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพแบบบูรณาการ (ผลลัพธ์)	<p>นิยาม</p> <p>๑. ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา หมายถึง ผู้สูงอายุที่เข้าเงื่อนไขในการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่งที่บ้าน ได้รับการดูแล แก้ไขปัญหาตามสิ่งที่ค้นพบทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการ จากหน่วยงานไตรภาคี ประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย และสำนักงานเขตและมีความพึงพอใจในการแก้ปัญหามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. การประเมินผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน</p>	๒. โครงการ กทม. ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๑๐ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>ชนิด Basic ADL (Barthel ADL index) ได้คะแนนเท่ากับ ๐ - ๑๑ คะแนน และได้รับการคัดกรอง Geriatric Assessment แล้ว ทีมสหสาขาวิชาชีพ เห็นว่า สมควรส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเองที่บ้าน</p> <p>คำเป้าหมาย ร้อยละ ๔๐</p> <p>วิธีคำนวณ จำนวนผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและได้รับการแก้ไข ปัญหาที่ค้นพบได้สำเร็จ ทหารด้วย จำนวน ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพ และได้รับการส่งต่อทั้งหมด ในปีงบประมาณเดียวกัน คูณด้วย ๑๐๐</p> <p>วิธีเก็บข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส - แบบบันทึกการส่งเยี่ยมบ้านคลินิกผู้สูงอายุ 	

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการประเมินผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพแบบบูรณาการ”

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้รับการแก้ไขปัญหาที่ค้นพบได้สำเร็จ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐	๒๐ คะแนน
๔	ร้อยละ ๙๐	ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้รับการแก้ไขปัญหาที่ค้นพบได้สำเร็จ ร้อยละ ๓๕ – ๓๙.๙๙	๑๘ คะแนน
๓	ร้อยละ ๘๐	ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้รับการแก้ไขปัญหาที่ค้นพบได้สำเร็จ ร้อยละ ๓๐ – ๓๔.๙๙	๑๖ คะแนน
๒	ร้อยละ ๗๐	ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้รับการแก้ไขปัญหาที่ค้นพบได้สำเร็จ ร้อยละ ๒๕ – ๒๙.๙๙	๑๔ คะแนน
๑	ร้อยละ ๖๐	ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้รับการแก้ไขปัญหาที่ค้นพบได้สำเร็จ น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	๑๒ คะแนน

องค์ประกอบที่ ๒ ประสิทธิภาพของการดำเนินงานภารกิจตามนโยบายผู้บริหารหรือภารกิจพิเศษ (Agenda Base)**ด้านที่ ๑ มหานครปลอดภัย****มิติที่ ๑.๖ ปลอดภัยคนเมือง อาหารปลอดภัย**

เป้าหมายที่ ๑.๖.๓ คนกรุงเทพฯ ทุกคนมีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เท่าเทียมกัน มีคุณภาพ และมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๓.๒ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)	ร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในการให้บริการรูปแบบใหม่ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์ และการเชื่อมต่ออย่างไร้พรมแดน (มน.๑)	๓. ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ผลลัพธ์)	นิยาม การให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยระบบโทรเวชกรรม หมายถึงโรงพยาบาลมีการให้บริการและให้คำปรึกษาด้านการรักษาผู้ป่วยผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ๑. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ๒. ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหมาะสมกับการรักษาด้วยระบบโทรเวชกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังผู้ป่วย ARV และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นต้น	๓. กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๘ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๓. ผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดและมารับบริการมากกว่า ๑ ครั้ง (ผู้ป่วยเก่า) ในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ และแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าสามารถรับบริการทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ได้</p> <p>เป้าหมาย ร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>วิธีคำนวณ จำนวนครั้งของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อมและยินยอมรับบริการ (Consent Form) ผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔หารด้วย จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดคูณด้วย ๑๐๐</p> <p>วิธีเก็บข้อมูล/หลักฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) - แบบแสดงความยินยอมเข้ารับบริการ (Consent Form) ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) 	

เกณฑ์การให้คะแนน ตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)”

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์ร้อยละความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่จะได้รับ
๕	ร้อยละ ๑๐๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ๘ แห่ง สามารถให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และร้อยละ ๕ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)	๑๐ คะแนน
๔	ร้อยละ ๙๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ๘ แห่ง สามารถให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และร้อยละ ๔ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)	๙ คะแนน
๓	ร้อยละ ๘๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ๘ แห่ง สามารถให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และร้อยละ ๓ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)	๘ คะแนน
๒	ร้อยละ ๗๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ๘ แห่ง สามารถให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และร้อยละ ๒ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)	๗ คะแนน
๑	ร้อยละ ๖๐	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ๘ แห่ง สามารถให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และร้อยละ ๑ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)	๖ คะแนน

ตารางข แสดงตัวชี้วัดและภารกิจตามยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

ด้านที่ ๑ มหานครปลอดภัย

มิติที่ ๑.๑ ปลอดภัย

เป้าหมายที่ ๑.๑.๓ กรุงเทพมหานครมีคุณภาพอากาศอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๑.๑.๓.๒ ฝุ่นละอองคุณภาพอากาศในบรรยากาศ และลดผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละของการรายงานผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	ร้อยละ ๕๐

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ฝุ่นละอองกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ (ม.๒)	๔. ร้อยละของการรายงานผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ผลลัพธ์)	นิยาม ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคตา โรคผิวหนัง โรคมะเร็ง การรายงาน หมายถึง การรายงานสถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศในช่วงที่มีค่าระดับฝุ่นละออง (PM _{2.5}) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเกินเกณฑ์มาตรฐาน และรายงานผู้บริหารโรงพยาบาลและหรือผู้บริหารสำนักการแพทย์ เป็นรายสัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔	๔. โครงการจัดตั้งคลินิกมลพิษฝุ่นละอองกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๑๑ รพ.) ๕. โครงการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๑๑ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๐</p> <p>วิธีการคำนวณ จำนวนรายงานรายสัปดาห์ที่หน่วยงาน รายงานผู้บริหาร คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย ๑๘</p>	

มติที่ ๑.๖ ปลอดภัยคนเมือง อาหารปลอดภัย

เป้าหมายที่ ๑.๖.๑ คนกรุงเทพฯ มีสุขภาพร่างกายและจิต มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคจากการประกอบอาชีพ

เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๑.๑ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการอ้วน ลงพุงมีรอบเอวหรือ BMI ลดลงจากเดิม (ผลลัพธ์)	ร้อยละ ๘๐
๒	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี	ไม่เกิน ๓๖ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อลด พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน (ม.๒)	๕. ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการ อ้วนลงพุงมีรอบเอวหรือ BMI ลดลงจากเดิม (ผลลัพธ์)	นิยาม - ผู้เข้าร่วมโครงการอ้วน ลงพุง หมายถึง บุคลากรในสังกัดสำนักการแพทย์และหรือ ประชาชนทั่วไป - รอบเอว หรือ BMI ลดลง หมายถึง ผู้เข้าร่วม โครงการที่วัดรอบเอวหรือ BMI หลังเข้าร่วม โครงการลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ วิธีการคำนวณ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงที่มีรอบเอว หรือ BMI ลดลง หารด้วยจำนวนผู้เข้าร่วม โครงการอ้วนลงพุงทั้งหมดคูณด้วย ๑๐๐	๖. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชาชนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ มาตรฐาน งบประมาณ ๕๕๙,๐๗๓.- บาท (เงินบำรุงรพ.) (ดำเนินการ) (๘ รพ./รพจ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (ม.๔)	๖. ร้อยละของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต่อได้รับการฝากครรภ์และคลอดอย่างมีคุณภาพ (ผลลัพธ์)	<p>นิยาม วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต่อได้รับการฝากครรภ์และคลอดอย่างมีคุณภาพ หมายถึง วัยรุ่นอายุ ๑๐ – ๑๙ ปี ที่ตั้งครรภ์ต่อได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ในอายุครรภ์ที่ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ และมาฝากครรภ์อย่างน้อย ๓ ครั้ง ไตรมาสละอย่างน้อย ๑ ครั้ง (ตรวจสอบจากสมุดฝากครรภ์จากโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานบริการสุขภาพนอกสังกัดฯ ได้) ตลอดจนได้รับการคลอดอย่างมีคุณภาพตามระบบ ANC</p> <p>ค่าเป้าหมาย/ผลสัมฤทธิ์ ร้อยละ ๔๐</p> <p>วิธีการคำนวณ จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุ ๑๐ - ๑๙ ปี ที่ตั้งครรภ์ต่อได้เข้ารับบริการฝากครรภ์และการคลอดอย่างมีคุณภาพหารด้วย จำนวนวัยรุ่นอายุ ๑๐ – ๑๙ ปี ที่มารับบริการคลอดบุตรทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (เก็บข้อมูลจากห้องคลอด) คูณด้วย ๑๐๐</p>	๗. โครงการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (สรพ.)

เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๑.๓ คัดกรองและลดปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	๓๐๐,๐๐๐ ราย
๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ ๓๖
๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้	ร้อยละ ๓๖

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
เพิ่มจำนวนการตรวจคัดกรองโดย จัดบริการ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก (ม.๑)	๗. ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ผลผลิต)	นิยาม/คำอธิบาย การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะเลือดจาก ปลายนิ้ว (DTX > ๒๐๐) ในกลุ่มเป้าหมายที่ยัง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตใน กลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ค่าเป้าหมาย ≥ ๘๐,๐๐๐ ราย วิธีการคำนวณ นับจำนวน	๘. กิจกรรมตรวจคัดกรองเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๑๑ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
การควบคุมโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ม.๓)	๘. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ผลลัพธ์)	<p>นิยาม</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ ๘ แห่ง ซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน ๖ เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน ๑ ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD - ๑๐ TM, ICD-๑๐, ICD - ๙ ดังที่ระบุไว้นี้ (E๑๐, E๑๑, E๑๒, E๑๓, E๑๔)</p> <p>๒.เบาหวานที่สามารถควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ ดังนี้ (๑) ค่าระดับ HbA๑c ค่าระดับครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ (๒) ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ๗๐-๑๓๐ มก./ดล. โดยเป็นค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามในคลินิกเบาหวานตามนัด</p> <p><u>หมายเหตุ</u> ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้</p> <p>คำเป้าหมาย ร้อยละ ๓๖</p>	๘. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๘ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		วิธีการคำนวณ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปีงบประมาณ หาดด้วยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ ๘ แห่ง ในปีงบประมาณเดียวกัน คูณด้วย ๑๐๐	
การควบคุมโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ม.๓)	๙. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ผลลัพธ์)	นิยาม ๑. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ ๘ แห่ง ซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้ง ใน ๖ เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน ๑ ปี โดยมีรหัสโรคตาม ICD - ๑๐ TM, ICD - ๑๐, ICD - ๙ ดังที่ระบุไว้ (I ๑๐, I ๑๑, I ๑๒, I ๑๓, I ๑๔, I ๑๕) ๒. ความดันโลหิตสามารถควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ตามเกณฑ์ดังนี้	๑๐. โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๘ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๒.๑ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไปที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท.</p> <p>๒.๒ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน < ๑๔๐/๘๐ มม.ปรอท.</p> <p>ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๓๖</p> <p>วิธีการคำนวณ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในปีงบประมาณ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ทั้งหมด ๘ แห่ง ในปีงบประมาณเดียวกัน คูณด้วย ๑๐๐</p>	

เป้าหมายที่ ๑.๖.๒ โรคติดต่อที่สำคัญในเมืองได้รับการเฝ้าระวังและควบคุมไม่ให้ระบาดไปในวงกว้าง

เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๒.๒ ค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายขาด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	≥ ร้อยละ ๘๘

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มต่าง ๆ ทั้งเชิงรุก เชิงรับ (ม.๑)	๑๐. อัตราความสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (ผลลัพธ์)	<p>นิยาม นิยาม/คำอธิบาย</p> <p>๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะไม่พบเชื้ออย่างน้อย ๑ ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา และไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย</p>	๑๑. โครงการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรคของ การของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๘ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๒. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมามาก่อน หรือผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรค แห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์ รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>ค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๘</p>	

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>วิธีการคำนวณ</p> <p>อัตราผลสำเร็จในการรักษา เท่ากับจำนวนผู้ป่วยที่รักษาหาย รวมกับจำนวนผู้ป่วยที่รักษาครบ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่รอบที่ ๑ - ๔ /๒๕๖๓ ในโรงพยาบาล ๘ แห่ง หารด้วย จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในโรงพยาบาล ๘ แห่ง ในรอบดังกล่าว คุณ ๑๐๐</p>	

เป้าหมายที่ ๑.๖.๓ คนกรุงเทพฯ ทุกคนมีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เท่าเทียมกัน มีคุณภาพ และมาตรฐาน
เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๓.๑ พัฒนาคูณภาพสถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครสู่ความเป็นเลิศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละของความสำเร็จในการผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล (Re- Accreditation)	ร้อยละ ๑๐๐
๒	ร้อยละของผลงานวิจัย/Innovation/R๒R ที่นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ ๕๐

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล (ม.๑)	๑๑. ร้อยละของความสำเร็จในการผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (Re- Accreditation) (ผลลัพท์)	นิยาม ผ่านการประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ โดยรับการตรวจประเมินจากสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) หรือพร้อมรับการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาล โดยส่งหนังสือขอรับการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาลไปยังสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) เพื่อกำหนด วันเข้าตรวจประเมิน ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐	๑๒. โครงการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ งบประมาณ ๓๒๔,๐๐๐.- บาท (เงินบำรุงรพ.) (ดำเนินการ) (รพท./รพร./๘ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		วิธีการคำนวณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ที่ขอรับ การตรวจประเมินคุณภาพ (ซ้ำ) ตาม มาตรฐานโรงพยาบาลฯ หารด้วย โรงพยาบาล ที่ต้องรับการตรวจประเมิน (ซ้ำ) ในปี ๒๕๖๔ คูณด้วย ๑๐๐	
สนับสนุนการศึกษาวิจัยและผลิต นวัตกรรมด้านการแพทย์และ สาธารณสุข (ม.๓)	๑๒. ร้อยละของผลงานวิจัย/ Innovation/R๒R ที่นำไปใช้ใน การปฏิบัติงาน (ผลลัพธ์)	นิยาม ๑. ความสำเร็จของงานวิจัย / นวัตกรรม / R๒R ที่สร้างใหม่แล้วนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การนำงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R ที่ได้ดำเนินการ หรือจัดทำขึ้นใหม่ หรือมี การนำผลงานเดิมที่มีอยู่มาพัฒนาต่อยอดให้ เกิดเป็นสิ่งใหม่ เพื่อนำไปใช้ในการ ปฏิบัติงาน หรือทำประโยชน์ให้กับ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนโดยทั่วไปใน การนั้นๆ เพื่อการแก้ปัญหาหรือปรับปรุง/ พัฒนางาน หรือกลยุทธ์ นโยบาย การเรียน การสอนของนักศึกษาแพทย์ ฯลฯ ๒. นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่สนับสนุน ส่งเสริม หรือส่งผลต่อ การดำเนินงานด้านการแพทย์และ สาธารณสุขไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม ที่ช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม	๑๓. โครงการส่งเสริมสร้างผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานการทำวิจัย จากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (ทุกส่วนราชการ) ๑๔. โครงการประชุมวิชาการประจำปี งบประมาณ ๑๐๑,๐๐๐.- บาท (ดำเนินการ) (รพส.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>หรือนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหา หรือปรับปรุง/พัฒนางาน หรือเพื่อการ พัฒนาบุคลากร</p> <p>๓. ผลงานวิจัย หมายถึง ผลงานที่เป็นงาน ศึกษาหรืองานค้นคว้าอย่างมีระบบด้วยวิธี วิทยาการวิจัยที่เป็นที่ยอมรับ และมี วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล คำตอบหรือข้อสรุปรวมที่เป็นประโยชน์และ นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา ในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน</p> <p>๔. R๒R หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่ งานวิจัย การใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือสร้าง ความรู้เพื่อนำมาพัฒนางานประจำ</p> <p>ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๐</p> <p>วิธีการคำนวณ จำนวนผลงานวิจัย / นวัตกรรม / R๒R ที่หน่วยงานสร้างใหม่และนำไปใช้ประโยชน์ ทหารด้วย จำนวนผลงานวิจัย /นวัตกรรม / R๒R ทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ คูณด้วย ๑๐๐</p>	

เป้าประสงค์ที่ ๑.๖.๓.๒ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิระดับสูงเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วย	ร้อยละ ๗๐
๒	ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร	≥ ร้อยละ ๙๕

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
พัฒนาระบบส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลกับศูนย์บริการ สาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่บริการ (ม.๒)	๑๓. ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานแพทย์ ศูนย์บริการ สาธารณสุขและโรงพยาบาลนอก สังกัดกรุงเทพมหานคร (ผลลัพธ์)	นิยาม ความสำเร็จในการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์และ ศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถ ส่งตัวผู้ป่วย มารับบริการรักษาต่อที่โรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานแพทย์ได้แล้วเสร็จ ความสำเร็จของการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์และ โรงพยาบาลนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร หมายถึง การประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัด สำนักงานแพทย์ ประกอบด้วยโรคสำคัญ ๔ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาท และสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนดและ ออริโซปีติกส์	๑๕. โครงการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่าง ศูนย์บริการสาธารณสุขและ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๑๐ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>ค่าเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๕</p> <p>วิธีการคำนวณ A = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อสำเร็จจาก ศูนย์บริการสาธารณสุขมารับการรักษา ใน รพ.สังกัดสำนักงานแพทย์ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อทั้งหมดจากศูนย์บริการ สาธารณสุขทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ B = จำนวนผู้ป่วยโรคสำคัญ ๔ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนด และออร์โธปิดิกส์ที่ ส่งต่อสำเร็จทั้งในและนอกโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์หารด้วย จำนวนผู้ป่วย ๔ โรคสำคัญที่ต้องการส่งต่อทั้งหมด คูณ ๑๐๐</p> <p>A บวก B หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อ ทั้งหมดจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด บวกจำนวนผู้ป่วย ๔ โรคสำคัญที่ต้องการส่ง ต่อทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐</p>	

ด้านที่ ๓ มหานครสำหรับทุกคน

มติที่ ๓.๑ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สวัสดิการและการสงเคราะห์และการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส

เป้าหมายที่ ๓.๑.๓ ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร

เป้าประสงค์ที่ ๓.๑.๓.๑ พัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ” ระดับทองขึ้นไป	ร้อยละ ๔๐

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ตรวจประเมินตามหลักเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง (ม.๑)	๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ” ระดับทองขึ้นไป (ผลลัพธ์)	<p>นิยาม คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ หมายถึง คลินิกที่ดำเนินกิจกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีสถานที่ชัดเจนเป็นส่วนในแบบการบริการผู้ป่วยนอก สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ป้าย รววจับทางลาด ห้องน้ำ เปิดบริการอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ พยาบาลที่ดำเนินงานเคยผ่านการฝึกอบรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ กายภาพบำบัด เภสัชกร รวบรวมจำนวน case geriatric syndrome ทุก ๓ เดือน Geriatric Assessment ; ADL 	๑๖. โครงการการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (รพก./รพต./รพจ./รพส./รพช./รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		๘. Geriatric Assessment ; cognitive impairment ๙. ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ๑๐.บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง ๑๑. คัดกรอง incontinence ๑๒. คัดกรอง fall ๑๓. คัดกรอง malnutrition ๑๔. คัดกรอง depression ๑๕. มีแพทย์รับผิดชอบ ๑๖. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ (เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุ UC / catch up area /กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ) ๑๗. ความครอบคลุมของ vaccine ไขหวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ๑๘. งานวิชาการ /วิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ / นำเสนอ presentation (ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลงานคลินิกผู้สูงอายุ เป็น co) ๑๙. นวัตกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๒๐. ส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลกับทีมคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>ทั้งนี้ เกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุต้องผ่านเกณฑ์การประเมินระดับเงินและระดับทอง ๑๖ ข้อ ใน ๒๐ ข้อและต้องได้คะแนนตั้งแต่ ๓๕ คะแนนขึ้นไป</p> <p>ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๔๐</p> <p>วิธีการคำนวณ จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพระดับทองตามเกณฑ์ ที่กำหนดหารด้วย จำนวน โรงพยาบาลทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐</p>	

เป้าประสงค์ที่ ๓.๑.๓.๒ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ	๕,๐๐๐ ราย

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
ส่งเสริมการค้นพบโรคเรื้อรังของ ผู้สูงอายุในระยะแรก (ม.๑)	๑๕. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง กลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ (ผลผลิต)	นิยาม ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการที่มี ในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มารับ บริการกับโรงพยาบาลทั้งในและนอกพื้นที่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ ๙ แห่ง และได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการที่มี ในผู้สูงอายุ การคัดกรองกลุ่มอาการที่มีในผู้สูงอายุ หมายถึง การบริการตรวจคัดกรอง ดังนี้ ๑. ชักประวัติ ตรวจร่างกายโดยแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติ ๒. ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๒.๑ คัดกรองความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุตาม แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL ๒.๒ คัดกรองความบกพร่องทาง สายตาโรคต่อกระจก ตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test)	๑๗. โครงการตรวจคัดกรองกลุ่มโรคที่พบ ในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ไม่ใช้งบประมาณ (ดำเนินการ) (๙ รพ.)

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		๒.๓ ประเมินภาวะซีมีเศร้า ๒ คำถาม ๒.๔ ประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย OSTA index ๒.๕ ประเมินสมรรถภาพสมองด้วย Modified IQ CODE และแบบทดสอบ TMSE ๒.๖ ประเมินภาวะโภชนาการ ด้วย Mini Nutritional Assessment; MNA® (เปลี่ยนBMI เป็น MINDEX/Demiquet) ๒.๗ คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ๒.๘ คัดกรองภาวะหกล้ม TUGT ๒.๙ การประเมินการได้ยิน ๒.๑๐ ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ ๓. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ๓.๑ ตรวจปัสสาวะ (UA) ๓.๒ ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ๓.๓ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (CBC) ๓.๔ ตรวจระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile)	

มาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	ตัวชี้วัดมาตรการ (ตามแผนฯ ของหน่วยงาน)	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม
		<p>๓.๕ ตรวจการทำงานของไต (eGFR)</p> <p>๔. ประเมินซีมีตราด้วยแบบประเมิน ๙ คำถาม (๙Q)</p> <p>๕. ประเมินภาวะสมองเสื่อม MOCA</p> <p>๖. การให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ ที่คลินิก ผู้สูงอายุครบวงจร ได้แก่ ด้านยา ด้านทันตกรรม ด้านอาหาร ด้านกายภาพบำบัด</p> <p>ค่าเป้าหมาย ๕,๐๐๐ ราย</p> <p>วิธีการคำนวณ นับจำนวน</p>	

ตาราง ค แสดงตัวชี้วัดและโครงการ/กิจกรรมสนับสนุนภารกิจตามองค์ประกอบที่ ๔ และ ๕

องค์ประกอบที่ ๔ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรม ในการบริหารจัดการระบบงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐเพื่อนำไปสู่ระบบราชการ ๔.๐

ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรมและส่วนราชการที่รับผิดชอบ
๑๖. ความสำเร็จในการเสนอนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	ตามที่ สกก. กำหนด	๑๘. โครงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของสำนักการแพทย์ (ทุกส่วนราชการ)

องค์ประกอบที่ ๕ ศักยภาพการดำเนินการของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบายตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรมและส่วนราชการที่รับผิดชอบ
๒๑. (๕.๑) ความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวม	ตามที่ สกม. กำหนด	๓๕. การเบิกจ่ายงบประมาณตามแผน (ทุกส่วนราชการ)
๒๒. (๕.๒) ความสำเร็จในการพัฒนาและจัดเก็บฐานข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ	ตามที่ สยป. กำหนด	๓๖. กิจกรรมการพัฒนาและจัดเก็บฐานข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานหรือการให้บริการของสำนักการแพทย์ (๑๑ รพ./สพบ.)

