

Service Profile 2017

**งานเวชระเบียนและสถิติ
1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560**

โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Service Profile โรงพยาบาลกัณฑ์

หน่วยงาน งานเวชระเบียนและสถิติ

บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ก.1. หน้าที่

งานเวชระเบียน ให้บริการจัดทำ บันทึก จัดเก็บ ค้นหาเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง ชั่วโมง อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน ปลอดภัย เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ส่วนงานสถิติให้บริการสถิติข้อมูลทางการแพทย์ของโรงพยาบาล โดยทำงานร่วมกับศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อตอบสนองเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน โดยมีการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียน(IM) ซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลร่วมวางแผน และ ออกแบบระบบเวชระเบียนและการจัดเก็บข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับทั้งผู้มารับบริการ ภายในและผู้รับบริการภายนอกเพื่อสะดวกต่อผู้ให้บริการและผู้มารับบริการเพื่อความสะดวกในการใช้มากที่สุด และ ช่วยในการจัดทำรายงานต่าง ๆ เพื่อให้ได้ใช้ประโยชน์จากการจัดทำรายงานให้มากที่สุด รวมทั้งสะท้อนผลงานตลอดจนปัญหาของสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อให้มีการนำข้อมูลที่ได้มา ใช้ในการวางแผนงานการดำเนินงาน

ก.2. เป้าหมาย

ผู้รับบริการได้รับการบริการเวชระเบียนและบริการสอบถามข้อมูลอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง อย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว ปลอดภัยและพึงพอใจ ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการและส่งตรวจสิทธิได้ถูกต้องเพื่อเอื้อข้อมูลให้งานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง และบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูลเพื่อเอื้อให้การจัดทำรายงานสถิติต่างๆ ถูกต้อง ครบถ้วน

ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

1. ให้บริการจัดทำ บันทึก จัดเก็บ ค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน ปลอดภัยเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ
2. ตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการและส่งตรวจสิทธิได้ถูกต้องเพื่อเอื้อข้อมูลให้งานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ได้ถูกต้อง
3. บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลเพื่อเอื้อให้การจัดทำรายงานสถิติต่างๆ ถูกต้อง ครบถ้วน
4. ให้รหัสโรคตามมาตรฐานระหว่างประเทศ ได้แก่ ICD-10 สำหรับวินิจฉัยโรค และ ICD- 9 สำหรับหัตถการต่างๆ
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ความต้องการของผู้รับบริการภายนอก	
<p>ผู้รับบริการที่มาตรวจรักษาและรับบริการ อื่นๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และพึงพอใจ ทัศนคติดี ยิ้มแย้ม เต็มใจบริการ - จัดลำดับการให้บริการได้ตามความเร่งด่วนของผู้มารับบริการ - ได้รับการรักษาจากประวัติเดิมที่ถูกต้อง ครบถ้วน - ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย - ได้รับข้อมูล คำแนะนำขั้นตอนของการมารับบริการอย่างถูกต้อง เข้าใจ - การดูแลเอาใจใส่ ใช้คำพูดที่ไพเราะสุภาพ มีมารยาทที่ดี - มีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อมและพอเพียง(ปากกา/ดินสอ ในการกรอกบัตรใหม่) - สถานที่สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และปลอดภัย
<p>โรงพยาบาลอื่นและเจ้าหน้าที่สถานี อนามัย/PCU หน่วยงานอื่นที่มาประสานขอข้อมูลเช่น สสจ. , สปสช. หน่วยงานที่มาประสานขอประวัติเวช ระเบียนเพื่อนำไป Audit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รับทราบข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วนจากเวชระเบียนผู้ป่วย - ได้รับการประสานงานที่ดี ในการสื่อสารขอประวัติผู้ป่วยที่ถูกต้อง ถูกคน - ได้รับข้อมูลและรายงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว - ได้รับเวชระเบียนตามการประสานขอตามหนังสือที่แนบมาครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว
ความต้องการของผู้รับบริการภายใน	
<p>หน่วยงานด้านการรักษาผู้ป่วย (OPD,ER,DM,HT,COPD,กลุ่มเวช ภาย ภาพ,ห้องให้คำปรึกษา,ห้องยา,ตึกผู้ป่วย ใน,ห้อง LAB) -คลินิกต่างๆ,ทีมพัฒนาคุณภาพ,ทีมนำ โรงพยาบาล และหน่วยงานทุกงาน -งานธุรการ -งานยานพาหนะ - ทุกท่านที่มาประสานงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ได้เวชระเบียนที่ถูกต้อง ถูกคน ประวัติไม่สูญหาย - ได้รับความบริการที่ตรงตามความต้องการ,ถูกต้อง ,ครบถ้วน,รวดเร็ว - ได้สารสนเทศที่เชื่อถือได้ทันเวลาและมีประโยชน์ - ได้รับการตอบสนองด้านการประสานขอสำเนาเวชระเบียนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ชัดเจนและ ครบถ้วน - ประสานงานติดตามพนักงานขับรถโรงพยาบาลได้ทันเวลาตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย - ได้รับความบริการที่พึงพอใจ ทัศนคติดี ยิ้มแย้ม เต็มใจบริการ

ง.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issue)

1. บริการเวชระเบียนที่ถูกต้อง ถูกคน เพื่อผู้รับบริการได้รับประวัติการรักษาที่ต่อเนื่อง รวดเร็ว ตามลำดับความเร่งด่วนจากการคัดกรองอาการของผู้มารับบริการ
2. ให้บริการเวชระเบียนที่ถูกต้อง ถูกคน เพื่อผู้ให้บริการได้รับประวัติการรักษาที่ต่อเนื่อง รวดเร็ว ในการให้การรักษาต่อเนื่องหรือนำไปพบทวนและทำรายงานต่างๆจากทุกหน่วยงาน
3. ตรวจสอบสถานะของเวชระเบียนที่ยืมออกไปได้ เวชระเบียนรับคืนตรงตามกำหนดที่วางไว้ และมีการจัดเก็บในสถานที่ปลอดภัย ไม่เสียหาย ไม่สูญหาย
4. ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการบริการของงานเวชระเบียนและสถิติ
5. มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนในเวชระเบียนและฐานข้อมูล
6. รวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานได้ถูกต้องและจัดส่งตามกำหนด
7. ตรวจสอบฐานข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนออกรายงาน
8. ให้รหัสโรคตามมาตรฐานระหว่างประเทศ ได้แก่ ICD-10 สำหรับวินิจฉัยโรค และ ICD- 9 สำหรับ เหตุการณ์ต่างๆ ได้ถูกต้อง

จ.1 ความท้าทาย

1. การลดระยะเวลาการรอคอย เวชระเบียนถูกต้อง ถูกคนและผู้รับบริการพึงพอใจ
2. จัดทำสารสนเทศที่เป็นประโยชน์และเชื่อถือได้ร่วมกับงานคอมพิวเตอร์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริหารและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลได้
3. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 98 %

จ.2 ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
<p>1.เสี่ยงต่อการระบุตัวผู้ป่วยผิดคนซึ่งโรงพยาบาลกันตั้งใช้ 2 ระบบ คือระบบใช้ใบนำทางและใช้ระบบOPD CARD ผู้ป่วยเรื้อรัง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ปฏิบัติตามมาตรฐานการระบุตัวผู้ป่วยตาม Safety goal 2.ประสานงานกับ จนท.งานผู้ป่วยนอก นำปัญหาเข้าประชุมทบทวนทุกเดือน 3.จุดแจกคิวร่วมกับจุดคัดกรองและจุดซักประวัติ ตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วย , ประวัติการเจ็บป่วย ตรวจสอบชื่อ สกุลทั้งในบัตรรพ. บัตรประชาชน และOPDCard หรือใบนำทาง และตรวจสอบ ชื่อ สกุล หลังจาก Key เลข HN ว่าเป็นคนเดียวกัน ประสานงานกับห้องตรวจ ถ้าพบว่าไม่มีบันทึกในคอมฯ ให้ส่งOPD Card กลับคืนจุดซักประวัติทันทีเพื่อส่งกลับมาแก้ไขที่ห้องบัตร 4. จุดนัดตรวจสอบชื่อ สกุลซ้ำก่อนส่งเข้าตรวจ และจุดตรวจรักษาตรวจสอบซ้ำหลังตรวจเสร็จ 5.ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกเดือน 	<p>*ปี 2559 พบอุบัติการณ์ การออกไปนำทางระบุตัวผู้ป่วยผิดคน 80 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 0.004</p>
<p>2. การค้นเวชระเบียนผู้ป่วยเรื้อรังที่มี OPD CARD ผิดคน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ค้นเวชระเบียนด้วยความระมัดระวัง ตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ให้ตรงกับ เวชระเบียน 2.พิมพ์ ชื่อ - สกุล อายุ HN เลขที่บัตรประชาชน ให้ชัดเจน 3.กรณีผู้ป่วยที่มีชื่อ-สกุล ซ้ำกันจัดทำป้ายสติ๊กเกอร์คำว่า "ชื่อ-สกุล นี้มี 2 คน" ติดที่มุมขวาด้านบนของเวชระเบียนและ บัตรประจำตัวผู้ป่วย เพื่อให้เห็นได้ง่ายและชัดเจน พร้อมทั้ง ให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการทำบัตรผิดคน 	<p>*ปี 2559 พบอุบัติการณ์การค้นเวชระเบียนผู้ป่วยเรื้อรังที่มี OPD CARD ผิดคน 20 ครั้ง/ปี จากยอด 30,000 แฟ้มระเบียนผู้ป่วยเรื้อรังที่มี OPD CARD คิดเป็นร้อยละ 0.0006</p>

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. เวชระเบียนผู้ป่วย เรื้อรังที่มี OPD CARD หาย	<ol style="list-style-type: none"> มีสถานที่จัดเก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย มีดชีวิตเหมาะสมและเพียงพอ มีการลงบันทึกการยืม - คืนบัตรทุกฉบับในโปรแกรม Hosxp จัดส่งเวชระเบียนไปยังจุดบริการ หากจุดบริการใดให้ผู้ป่วยถือบัตรเองต้องใส่ในซองนำส่ง OPD CARD ติดตามเวชระเบียน ที่ส่งตรวจตามจุดต่าง ๆ มาเก็บเข้าล็อก เพื่อให้เป็นปัจจุบัน ตรวจสอบการค้างส่ง OPD CARD ด้วยโปรแกรม HOSXP แล้วลงรับในโปรแกรม 	<p>- ปี 2559 การค้นเวชระเบียนผู้ป่วยเรื้อรังที่มี OPD CARD ผิดคนพบอัตราบัตรสูญหายเป็น 0.00003 % จึงได้ทำ RCA ในเรื่องนี้พบว่าเกิดจากจุดบริการส่งผู้ป่วยไปรับบริการจุดอื่นแล้วต้องให้ผู้ป่วยถือบัตรไปเองผู้ป่วยนำบัตรกลับบ้านไป</p> <p>- ได้นำประเด็นความเสี่ยงเรื่องบัตรหายเสนอเข้าที่ประชุมทีม IM เพื่อหาแนวทางร่วมกัน</p>
4. การบันทึกเวช ระเบียนไม่สมบูรณ์	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกรายละเอียดของข้อมูลให้ชัดเจนครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมทั้งแก้ไขให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ชี้แจงเจ้าหน้าที่ให้ทราบและปฏิบัติ มีทีม MRA ของโรงพยาบาลตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุกเดือน 	<ol style="list-style-type: none"> มีการกำหนดขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกรายในเรื่องข้อมูลทั่วไปคนไข้ มีปรับปรุงแบบฟอร์มการกรอกข้อมูลคนไข้ให้มีการลงรายละเอียดเพิ่มขึ้น ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกร้อยละ 93.02 ผู้ป่วยในร้อยละ 90.97
5. พฤติกรรมบริการ	<ol style="list-style-type: none"> ให้บริการตามมาตรฐานพฤติกรรมบริการ, ประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรฐาน ทุก 1 เดือน จัดอบรมย่อยเรื่องพฤติกรรมบริการในหน่วยงาน ชมเชย/ยกย่อง เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี เพื่อเป็นแบบอย่าง ดูแลติดตามพฤติกรรมของผู้ให้บริการให้เป็นไปอย่างเหมาะสมถูกต้องสม่ำเสมอ 	<p>- ไม่พบข้อร้องเรียนในเรื่องพฤติกรรมบริการที่รุนแรง</p> <p>- ประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ร้อยละ 88.90</p>

<p>6.เสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ (เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง/ร้องเรียน)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 แนวทางการค้นบัตร 1.2 แนวทางการขอประวัติการรักษา 1.3 แนวทางการรักษาความลับ รายละเอียดดังนี้ 2. มีสถานที่จัดเก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย มิดชิดเหมาะสมและเพียงพอ 3. ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาความลับของผู้ป่วย 4. กำหนดตัวบุคคลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการค้นบัตร,การจัดเก็บเอกสาร 5. ปฏิบัติตามแนวทางขอประวัติการรักษาของผู้ป่วย 6. มีระบบและแนวทางการยืม-คืนเวชระเบียน 7. มีแนวทางการจัดส่งเวชระเบียนไปยังจุดบริการ 8. มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ตระหนักและเข้าใจถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> 8.1 แนวทางการไม่เปิดเผยร่างกายของผู้รับบริการ 8.2 แนวทางการล้วงละเมิดทางเพศ 9. ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกเดือน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีสถานที่จัดเก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย ในกรณีคนไขค์ดีและคนไข้ที่มีประวัติที่เป็นความลับไว้ในตู้ปิดมิดชิดมีกุญแจ ซึ่งหากต้องการเปิดต้องผ่านการเห็นชอบจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกุญแจซึ่งถือเป็นความลับเฉพาะ 2. ยังคงมีบุคคลภายนอกเข้ามาในห้องบัตรเนื่องจากพื้นที่เก็บบัตรและพื้นที่ทำงานเป็นพื้นที่เชื่อมกันซึ่งจำเป็นต้องเข้ามาประสานงานแต่ก็มีแนวทางห้ามผู้ไม่เกี่ยวข้องค้นบัตรเอง 3. เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักและเข้าใจถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยไม่นำความลับหรือประวัติของผู้ป่วยไปเผยแพร่ 4. *ปี59 ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิ์ <p>*เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนปฏิบัติตามแนวทางพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการร้อยละ 100</p>
<p>7.ความไม่ถูกต้องและไม่น่าเชื่อถือของรายงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดอบรมการลงข้อมูลการใช้โปรแกรม HosXp ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยบริการ 2. อบรม ICD-10 และ ICD-9 ให้แก่ผู้ทำหน้าที่เป็นแพทย์ 3. ตกลงนียมการลงข้อมูลเพื่อตอบสนองรายงานที่แต่ละหน่วยต้องการได้ 4. ตรวจสอบความถูกต้องของการลงข้อมูลก่อนนำออกรายงาน 5. ไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นสากลในการวินิจฉัย 6. จัดตั้งประชุมทีม IM ทุกเดือน เพื่อพูดคุยเรื่องข้อมูลสถิติในโรงพยาบาลทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการลงข้อมูลในโปรแกรม HosXP 2. แพทย์สามารถเลือกรหัส ICD-10 และ ICD-9 ได้ตรงตามการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่ทำกับผู้ป่วย 3. สามารถเขียนเงื่อนไขการออกรายงานได้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ 4. ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องสามารถออกรายงานได้น่าเชื่อถือ

		<p>5. สามารถสื่อสารการวินิจฉัยได้ถูกต้องตรงตามคำย่อที่เป็นสากล</p>
<p>8..เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยในหน่วยงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างความตระหนักในการสังเกต ค้นหาและรายงานความเสี่ยงด้านอัคคีภัยในหน่วยงาน 2. จัดให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้ฝึกอบรมเกี่ยวกับเรื่องเครื่องควบ Fire Alarm การดูแลอุปกรณ์ไฟฟ้าภายในหน่วยงานเบื้องต้น 3. จัดทำแนวทางในการป้องกันการเกิดอัคคีภัยในหน่วยงานและมีการซ้อมแผนอัคคีภัย 4. กำหนดบทบาทและหน้าที่ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับผิดชอบเมื่อเกิดอัคคีภัย 6. ฝึกซ้อมการการเกิดอัคคีภัยในหน่วยงานปีละ 1 ครั้งและประเมินผลปรับปรุงแก้ไข 	<p>- ประสานกับทางเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบไฟฟ้าของโรงพยาบาลมาให้ความรู้ในการดูแลและ กำหนดมาตรการตรวจสอบอุปกรณ์ร่วมกัน</p> <p>- เจ้าหน้าที่ทุกคนผ่านการอบรมฝึกซ้อมการเกิดอัคคีภัยในหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง</p> <p>- ตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้อย่างสม่ำเสมอไม่เกิดความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอัคคีภัย</p> <p>-เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในการสังเกตและค้นหาความเสี่ยงด้านอื่น ๆ</p>

จ. ปริมาณงานและทรัพยากรในด้านผู้ปฏิบัติงาน (คน เครื่องมือ เทคโนโลยี)

จ.1 ปริมาณงาน ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

ปริมาณงาน	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
1.ทำบัตรผู้ป่วยใหม่	15589 ฉบับ	19500 ฉบับ	31178ฉบับ
2.ตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย	172469 ครั้ง	197405 ครั้ง	197218ครั้ง
3.ค้น-จัดเก็บบัตรผู้มารับบริการและส่งตรวจ	172469 ครั้ง	197405 ครั้ง	197218ครั้ง
4.ให้บริการค้น-จัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน	8998 ฉบับ	10225 ฉบับ	11486ฉบับ
5.ลงทะเบียนยืม-คืนเวชระเบียนทุกฉบับที่นำออกไปในโปรแกรม	1799 ฉบับ	2051 ฉบับ	2297 ฉบับ
6.ให้บริการค้น-จัดเก็บเวชระเบียนแก่เจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอก	1799 ฉบับ	2051 ฉบับ	2297 ฉบับ
7.ให้บริการค้นเวชระเบียนในการเบิกประกัน	50 ฉบับ	65 ฉบับ	84 ฉบับ
8.จำนวนผู้ป่วยในที่ต้องลงรหัส ICD-10และICD -9	8998 ราย	10225 ราย	11486 ราย
9.จำนวนผู้ป่วยนอกที่ต้องลงรหัส ICD-10และICD -9	147866 ครั้ง	161110 ครั้ง	175226ครั้ง
10.จำนวนผู้รับบริการที่ต้องลงรหัส ICD-10และICD -9	24603 ครั้ง	36295 ครั้ง	21992 ครั้ง

จ.2 ทรัพยากร

จ.2.1 ด้านบุคลากร

ประเภท	จำนวนที่ควรมี	จำนวนที่มีจริงปี 59	ส่วนขาด	จำนวนที่ขอเพิ่ม			การจัดการเมื่อไม่เพียงพอ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	
เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	4	4	0	0	0	0	เพียงพอ
เจ้าหน้าที่ห้องบัตร	6	6	0	0	0	0	ปรับกระบวนการทำงานและบริหารจัดการอัตรากำลังให้เหมาะสม

จ.2.2 เทคโนโลยี

ประเภท	จำนวนที่ควรมี	จำนวนที่มีจริงปี 59	ส่วนขาด	จำนวนที่ขอเพิ่ม			การจัดการเมื่อไม่เพียงพอ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	
คอมพิวเตอร์	8	8	-	-	-	-	-มีเครื่องสำรองจากห้องคอมพิวเตอร์
เครื่องพิมพ์บัตร	3	3	-	-	-	-	-มีเครื่องสำรองจากห้องคอมพิวเตอร์
เครื่องขยายเสียง	1	1	-	-	-	-	
โทรศัพท์	2	2	-	-	-	-	

จ.2.3 เครื่องมือที่สำคัญได้แก่

ประเภท	จำนวนที่ควรมี	จำนวนที่มีจริงปี 59	ส่วนขาด	จำนวนที่ขอเพิ่ม			การจัดการเมื่อไม่เพียงพอ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	
ชั้นเก็บ OPD CARD	พื้นที่จัดเก็บได้ 50000 ฉบับ	พื้นที่จัดเก็บได้ 30000 ฉบับ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	- เพียงพอ
บันไดปั่นคั่นบัตร	1 อัน	1 อัน	-	-	-	-	- ใช้วิธีการสลับกันใช้และใช้เก้าอี้เหยียบแทน

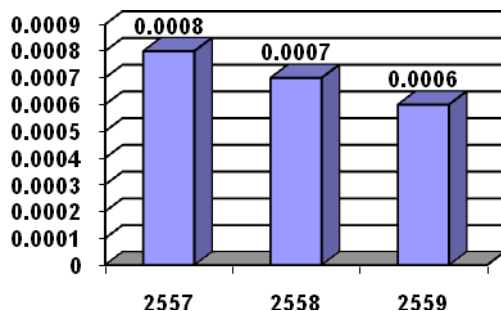
3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี57	ปี58	ปี59
1.อัตราการคั่นบัตรเรื้อรังผิดคน(คน/ปี)	ร้อยละ 0	0.0008(12)	0.0007(9)	0.0006(5)
2.อัตราการออกใบแทน กรณีคั่นบัตรไม่พบ(คน/ปี)	น้อยกว่าร้อยละ 1	0.03(9)	0.023(7)	0.016(5)

3. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>=ร้อยละ85	89.47	93.27	91.99
4. ระยะเวลาทำบัตร	บัตรเก่าไม่เกิน 9 นาที	9	7	6
4.1 ระยะเวลาการรอบบัตรเก่า				
4.2 ระยะเวลาการรอบบัตรใหม่	บัตรใหม่ไม่เกิน 14 นาที	10	9	8
5. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>85	87.50	88.10	88.90

ตัวชี้วัด 1. การทำบัตรผิดคนเป็นร้อยละ 0

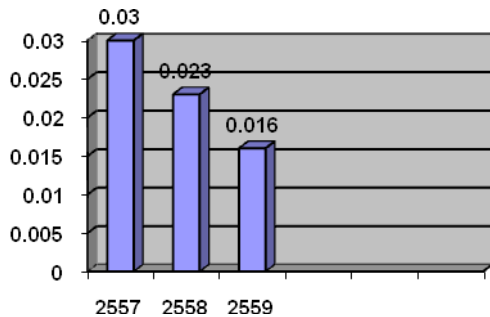
กราฟ / Control Chart



การแปรผล / การใช้ประโยชน์

อัตราการคืนบัตรผิดคนของเจ้าหน้าที่ห้องในปี 59 สิ้นปีสรุปตัวเลขของการทำบัตรผิดก็นำตัวเลขที่ได้เข้ามาพูดคุยในวาระการประชุมประจำเดือน นำปัญหานี้มาแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา ทำ CQ ร่วมกัน หาข้อผิดพลาด และแนวทางแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดขึ้นหรือลดน้อยลงจากเดิม โดยการเพิ่มการตรวจสอบให้ละเอียดตั้งแต่กระบวนการรับบัตร ตรวจสอบสิทธิบัตร การคืนบัตร และการส่งตรวจบัตร สิ่งสำคัญที่เพิ่มขึ้นในกระบวนการเดิม คือเพิ่มการตรวจสอบในการคัดแยกเวชระเบียนไปยังจุดต่างๆ โดยตรวจสอบว่าบัตรรพ. บัตรสิทธิและแฟ้มเวชระเบียนตรงกันหรือไม่ พร้อมเซ็นชื่อผู้ตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งการตรวจสอบนี้จะเป็นการตรวจสอบครั้งสุดท้ายก่อนนำเวชระเบียนส่งทุกครั้ง และพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ต่อเนื่องส่งผลให้ข้อมูลปี 2559 มียอดลดลง

ตัวชี้วัด 2. อัตราการออกใบแทนน้อยกว่าร้อยละ 1
กราฟ / Control Chart

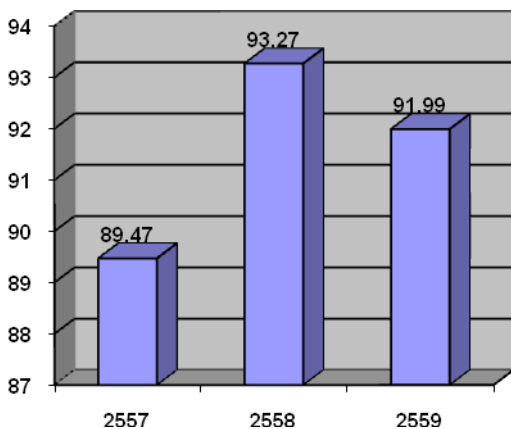


การแปรผล / การใช้ประโยชน์

จากกราฟตัวชี้วัดของอัตราการออกใบแทน ในกรณีที่ค้นบัตรไม่พบ เห็นได้ว่าข้อมูลในปี 2557 กราฟจะขึ้นสูง มีอัตราการออกใบแทนมาก ห้องบัตรได้นำปัญหานี้มาจัดทำCQIในหัวข้อที่สำคัญที่สุด เร่งพัฒนา ปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ได้กิจกรรมในการพัฒนางานคือ นำปัญหาเข้าร่วมกับทีมIM นำโปรแกรมHosxp.มาใช้ในระบบการรับ-คืนเวชระเบียน เพิ่มกิจกรรมนี้ขึ้น เพื่อใช้ในการรู้ว่าเวชระเบียนที่ส่งออกไปได้กลับคืนมาในห้องบัตรแล้ว หากยังไม่ได้รับคืนจะได้ติดตามทันที และเพิ่มระบบการยืม-คืนเวชระเบียนให้มีมาตรฐานมากขึ้น กำหนดการเข้าถึงห้องบัตร การเน้นย้ำเจ้าหน้าที่ในการจัดเรียงเพิ่มเวชระเบียนให้ถูกต้องก่อนการแจกล็อก การเข้าล็อกต้องตรวจดูให้ละเอียดมากกว่าเดิม และเพิ่มกิจกรรมการตรวจล็อกก่อนกลับบ้าน 15 นาที ทำให้ปัญหาในการหาเวชระเบียนไม่พบลดน้อยลงมากกว่าเดิม และเห็นผลชัดเจนขึ้นในปี 59 พัฒนาเป็นระบบ paperless ระบบ OPD CARDน้อยลง ทำให้ง่ายในเรื่องทะเบียนคุมการออกใบแทนซึ่งจะทำการติดตาม OPD CARD ตัวจริงให้พบและได้ปรับตัวชี้วัดให้อัตราการออกใบแทนน้อยกว่า 2 % เป็นน้อยกว่า 1 %

ตัวชี้วัด 3. ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนได้ครบถ้วน ถูกต้องร้อยละ 85

กราฟ / Control Chart



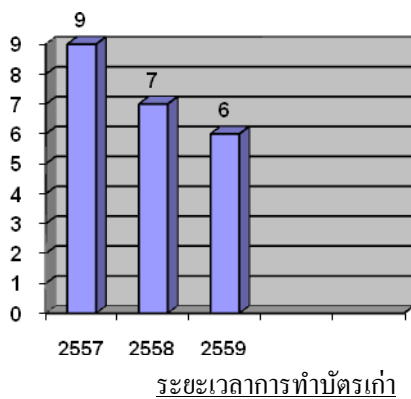
การแปรผล / การใช้ประโยชน์

จากข้อมูลการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ในขณะนี้ข้อมูลที่เก็บเป็นข้อมูลเฉพาะในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเท่านั้น โดยมีการAudit โดยทีม MRA ผู้ป่วยนอกและในส่วนของข้อมูลทั่วไป การบันทึกทางการแพทย์ และการรักษา การให้รหัส จึงกำลังดำเนินการในส่วนของตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกให้ละเอียดและครอบคลุมมากยิ่งขึ้นทุกเดือน ซึ่งสามารถสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนได้จำนวนมากขึ้นจึงพบการบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการตรวจสอบจึงตกที่คะแนนไม่ถึงเกณฑ์ ก็ได้นำมาพัฒนา ปรับปรุงในส่วนของการนำโปรแกรมมาใช้ปรับปรุง เพิ่มเติมความละเอียดของการปรับฟอร์มต่างให้มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น ทำให้อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนดีขึ้นจากที่ตั้งเกณฑ์ไว้ ร้อยละ 85 ในอนาคตทีมตั้งความท้าทายไว้ที่ร้อยละ 98

ตัวชี้วัด 4. ระยะเวลาในการรอบัตร

4.1 บัตรเก่าไม่เกิน 9 นาที

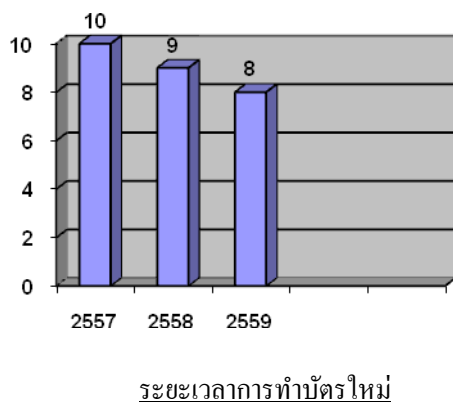
กราฟ / Control Chart



การแปรผล / การใช้ประโยชน์

4.1 จากข้อมูลกราฟของตัวชี้วัด ในเรื่องระยะเวลาการรอบัตรจากห้องบัตรไปยังจุดต่างๆ มีการกำหนดมาตรฐานในการทำบัตรเก่าประกันเวลาไม่เกิน 18 นาทีในปีก่อนหน้านี้อ หลังจากร่วมทำ Lean ลดขั้นตอนการบริการกับงานผู้ป่วยนอกและใช้ระบบ paperless ผลงานที่ห้องบัตรทำได้พบว่า ทำบัตรได้โดยใช้ระยะเวลาที่ลดลง 9 นาที จึงปรับการประกันระยะเวลาการทำบัตรเก่าในอนาคตเป็นไม่เกิน 9 นาที ทุกจุดได้รับบริการ รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง ได้เพิ่มคุณภาพความถูกต้องของการบันทึก

4.2 บัตรใหม่ไม่เกิน 14 นาที

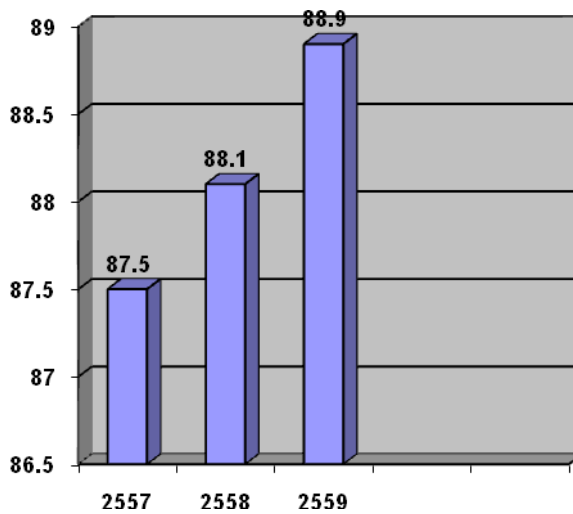


การแปรผล / การใช้ประโยชน์

4.2 จากข้อมูลกราฟของตัวชี้วัด ในเรื่องระยะเวลาการรอบัตรจากห้องบัตรไปยังจุดต่างๆ มีการกำหนดมาตรฐานในการทำบัตรใหม่ประกันเวลาไม่เกิน 24 นาทีในปีก่อนหน้านี้อ หลังจากร่วมทำ Lean ลดขั้นตอนการบริการกับงานผู้ป่วยนอกและใช้ระบบ paperless ผลงานที่ห้องบัตรทำได้พบว่า ทำบัตรได้โดยใช้ระยะเวลาที่ลดลง 14 นาที จึงปรับการประกันระยะเวลาการทำบัตรใหม่ในอนาคตเป็นไม่เกิน 14 นาที ทุกจุดได้รับบริการ รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง ได้เพิ่มคุณภาพความถูกต้องของการ

ตัวชี้วัด 5. คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 85

กราฟ / Control Chart



การแปรผล / การใช้ประโยชน์

คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้
 แต่จะนำมาปรับปรุงพัฒนางานต่ออีกๆขึ้นไปเพื่อให้ได้คะแนน
 สูงขึ้นกว่าเดิม โดยนำคะแนนในแต่ละส่วนของแบบสอบถามมา
 แจกแต่ละเรื่องเพื่อที่จะได้วิเคราะห์หลังเลิกในชั้นตอนที่ยังได้
 คะแนนต่ำเพื่อนำมาทำ CQI พัฒนาต่อไป

ตัวชี้วัด 7.อัตราการร้องเรียนการละเมิด/เปิดเผยเป็นร้อยละ 0

หมายเหตุ ตัวชี้วัดข้อนี้ไม่พบอัตราการร้องเรียน

การแปรผล / การใช้ประโยชน์

จากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดนี้ทางห้องบัตรมีความภูมิใจในผลการปฏิบัติงานนี้มากและยังจะคง
 รักษามาตรฐานการปฏิบัติงานนี้ไว้ให้ดีตลอดไป

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

การพัฒนาคุณภาพ	เหตุที่มาก่อนหน้านี้	เครื่องมือ คุณภาพที่ใช้	ผลลัพธ์	ระยะเวลา
<p><u>1. มีระบบการตรวจสอบบัตร</u> <u>เพื่อป้องกันบัตรผิดคน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการตรวจสอบบัตรผู้ป่วยให้ชื่อตรงกับกับคิว - ซักถามตรวจสอบประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ระบุตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - หากพบว่าผู้ป่วยคน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการค้นบัตรผิดคนเกิดขึ้น ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกับการรักษาและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หากมีการรักษาโดยดูจากประวัติการรักษาที่ผิดคนไป 	CQI	<p>ในปี 59 พบว่ายอดการค้นบัตรผิดคนลดลงจากปี 58 ซึ่งเราได้นำมาวางแผนหาแนวทางแก้ไขต่อเพื่อที่จะได้นำมาหาแนวทางปรับปรุงผลงานให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิมโดยตั้ง</p>	ต.ค.58 – ก.ย.59

<p>เดี๋ยวกันมี 2 HN จะทำการรวมประวัติเป็นเลข HN เดียว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำสัญลักษณ์ติดไว้ที่หน้าปก OPD CARD กรณีผู้ป่วยมีชื่อซ้ำกัน - ตรวจสอบก่อนที่จะส่งบัตรไปจุดบริการอื่น ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - พบอัตราคนบัตรผิดคนสูงถึงร้อยละ 0.0008 		<p>เป็นไปได้ว่าภายในปีงบประมาณ 60 นี้จะลดความผิดพลาดจากการค้นบัตรผิดคนเหลือแค่ร้อยละ 0.0001 ให้ได้</p>	
---	---	--	--	--

การพัฒนาคุณภาพ	เหตุที่มาก่อนหน้านี้	เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	ผลลัพธ์	ระยะเวลา
<p><u>2.ระบบลดการจัดเก็บ OPD CARD ในผู้ป่วยที่ไม่ใช้โรคเรื้อรังและเพิ่มระบบ Paperless</u></p> <p>คัดเลือก OPD CARD ที่ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน 5 ปีออก เพื่อลดความหนาแน่นของการจัดเก็บแล้วพิมพ์ใบปะหน้าใหม่ โดยให้มีข้อมูลพื้นฐานที่ครบถ้วน สรุปรูป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เวชระเบียนหาไม่พบ ทำให้เสียเวลาในการค้นหา เสียอัตรากำลังในการค้นบัตร ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รื้อบัตร - ห้องมีชั้นจัดเก็บไม่เพียงพอ 	CQI	<p>-ลดความแออัดของชั้นจัดเก็บ OPD CARD ห้องกว้างขึ้น ลดปัญหาการจัดเก็บผิดล็อก ผิดหมายเลข ส่งผลให้ปัญหาการค้นบัตรไม่พบเมื่อผู้ป่วยมารับบริการลดลง อัตราการออกไปแทน OPD CARD ลดลงเหลือร้อยละ</p>	ต.ค.58 – ก.ย.59

<p>OPD CARD ที่หนาหลายๆ พิมพ์หมายเลข HN ติดชั้น จัดเก็บให้ กำหนดให้จัดเก็บ OPD CARD ให้แล้วเสร็จในแต่ละวัน ติดตาม OPD CARD ที่นำออกส่งตรวจและไม่ได้รับกลับคืนในวันนั้นๆ ให้ส่งคืนในวันถัดไปและไม่มีการจัดทำ OPD CARD ในผู้ป่วยโรคที่ไม่เรื้อรังลดการจัดเก็บและลดภาระการหา OPD CARD ของเจ้าหน้าที่ แต่เพิ่มเรื่องการแสกนเข้าคอมพิวเตอร์ในเอกสารที่จำเป็น</p>			<p>ละ 0.016 เจ้าหน้าที่ใช้เวลาในการค้น OPD CARD ลดลงและจะได้มีเวลาต้อนรับดูแลผู้ป่วยมากขึ้นพร้อมได้รับการรักษาตามแผนอย่างต่อเนื่อง</p>	
---	--	--	--	--

การพัฒนาคุณภาพ	เหตุที่มาก่อนหน้านี้	เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	ผลลัพธ์	ระยะเวลา
<p><u>3.ระบบการยืม-คืน เวชระเบียน</u> ได้วางระบบการยืม-คืนเวชระเบียนร้อยละ 100 โดยกำหนดให้คนไข้ที่มาตรวจต้องคืนบัตรภายในวันส่วนประวัติที่ยืมไปเพื่อการศึกษาต้องนำมาคืนภายในเวลาที่กำหนด และมีระบบติดตามทางคืนบัตรทำให้สามารถติดตามบัตรตัวจริงมาให้บริการได้มากขึ้น ลด</p>	<p>-พบอัตราการออกไปแทนร้อยละ 0.023 และไม่ทราบสถานะที่อยู่ของบัตรติดตามบัตรยาก</p>	<p>CQI</p>	<p>-พบว่าสามารถติดตามหาประวัติตัวจริงพบอัตราการออกไปแทนลดลงจาก ปีงบประมาณ 58 ซึ่งเราจะดำเนินการต่อในการสร้างความตระหนักของการส่งคืน OPD CARD ยังห้องบัตรให้ เป็นไปตามระเบียบการยืมเวชระเบียน โดยในปี 59 เหลือการออกไป</p>	<p>ต.ค.58 – ก.ย.59</p>

<p>อัตราการออกไปแทนโดยมี สมุดคุมไปแทนในกรณีที ประสานติดตามแล้วถูกปฏิเสธ หรือค้นไม่พบในเวลาทีประกัน การทำบัตรไม่เกิน 10 นาที แต่ มีการติดตามหาตัวจริงจากการ ออกไปแทนต่อไป</p>			<p>แทนร้อยละ0.016 และ จะทำการบันทึกข้อมูล หน่วยงานที่มีการไม่ ส่งคืน OPD CARD แก่ ห้องบัตรและสะท้อน ข้อมูลไปยังหน่วยงาน เพื่อให้หัวหน้างานช่วย ประสานและสร้างความ ตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ให้ มากขึ้น</p>	
--	--	--	--	--

การพัฒนาคุณภาพ	เหตุที่มาก่อนหน้านี้	เครื่องมือ คุณภาพที่ใช้	ผลลัพธ์	ระยะเวลา
<p><u>4.ระบบการพัฒนาความ สมบูรณ์ของการบันทึกเวช ระเบียน</u> ได้มีการตระหนักถึง จึงได้ทำการกำหนดการ สอบถาม แกไข เพิ่มเติมข้อมูล ของผู้ป่วยให้ครบถ้วนเป็น ปัจจุบันมากขึ้น โดยกำหนดให้ เจ้าหน้าที่ห้องบัตรสอบถาม ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติและ ทำการเพิ่มเติมแก้ไขทั้งใน ฐานข้อมูลของโปรแกรมและ</p>	<p>-การบันทึกเวช ระเบียนมีความ สมบูรณ์เพิ่มขึ้น โดยมี การดำเนินการในส่วน ที่ยังสมบูรณ์น้อยที่สุด มีดังนี้ เช่น Consultatio Record RehabilitationRecord และ InformedConcent ตามลำดับ</p>	<p>CQI</p>	<p>-การบันทึกเวชระเบียน มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น โดยมีการดำเนินการใน ส่วนที่ยังสมบูรณ์น้อย ที่สุดมีปี 2559 ได้ร้อย ละ 91.99</p>	<p>ต.ค.58 – ก.ย.59</p>

แบบฟอร์มต่างๆ				
---------------	--	--	--	--

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

กิจกรรม	เหตุที่มาก่อนหน้านี้	เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	ช่วงระยะเวลาดำเนินการ
1.กิจกรรมทบทวนเรื่อง พฤติกรรมบริการ	มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม บริการของผู้ให้บริการ	กิจกรรม 12 ทบทวน	1. ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
2.การลดอัตราการสูญ หายของเอกสารสำคัญ ของผู้มารับบริการ	เอกสารสำคัญของผู้ป่วยสูญหาย จากการนำเข้ามาใช้ประกอบการ ทำบัตร	CQI	2. ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
3.สำรวจความพึงพอใจ	ยังคงมีข้อมูลจากการตอบแบบ ประเมินความพึงพอใจที่ควรนำ กลับมาวิเคราะห์เพื่อใช้วางแผน	กิจกรรม 12 ทบทวน และ CQI	3.พัฒนาให้ได้ความพึงพอใจ มากขึ้นและเจ้าหน้าที่มี

กิจกรรม	เหตุที่มาก่อนหน้านี้	เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	ช่วงระยะเวลาดำเนินการ
ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	ปรับปรุงพัฒนางานให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ คะแนนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในส่วนผู้ป่วยรายอยู่ในเกณฑ์ดี 1. มีการเลือกประเภท Dx ผิด ส่งผลทำให้ข้อมูลในใบต่อ OPD CARD ไม่แสดงรหัส Pdx โดยนำเอารหัสหัตถการมาเป็นประเภท Dx ซึ่งรหัสหัตถการไม่ใช่รหัส ICD-10 ไม่สามารถเป็น Pdx ได้ 2. ใส่ประเภทคลินิกไม่ตรงตามโรค และลักษณะผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ไปเปลี่ยนคลินิกที่ห้องบัตรส่งตรวจให้ตรงตามโรคที่ผู้ป่วยมารับบริการจริง 3. ไม่ใส่สาเหตุการบาดเจ็บในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ	กิจกรรม 12 ทบทวน CQI กิจกรรม 12 ทบทวน	ความสุขโดยดำเนินการปรับปรุงขั้นตอนบริการอย่างต่อเนื่องและประเมินทุก 3 เดือน 4.ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 5.ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
4. เรื่องการมีประสิทธิภาพการลงบันทึกข้อมูล			
5. การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการให้รหัสโรค			

5.แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

<u>แผนการพัฒนา</u>	<u>เป้าหมาย</u>	<u>ระยะเวลา</u>
1. การติดตามและค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	ครบทุกกระบวนการสำคัญ	ก.ย.59 – ต.ค. 60
2. ประชุมและทำกิจกรรมทบทวนในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหน่วยงาน	อย่างน้อยเดือนละครั้ง / ครบทุกคน	ก.ย.59 – ต.ค. 60
3.พัฒนาการบริการที่มีคุณภาพ	มีมาตรฐานผ่านตัวชี้วัดครบทุกกระบวนการ	ก.ย.59 – ต.ค. 60
4.พัฒนาความรู้และพฤติกรรม	เจ้าหน้าที่ห้องบัตรทุกคน	ก.ย.59 – ต.ค. 60

การบริการของเจ้าหน้าที่		
5.เพิ่มความประทับใจและความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ร้อยละ 90	ก.ย.59 – ต.ค. 60
6.ประเมินภาระงานและอัตรากำลังรวมถึงเครื่องมือให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการให้บริการ	อัตราการเกิดอุบัติเหตุ ความพร้อมและไม่เพียงพอทั้งทางด้านอัตรากำลังและเครื่องมือ เป็นร้อยละ 0	ก.ย.59 – ต.ค. 60
7.เพิ่มความสุขและความภูมิใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการร้อยละ 90	ก.ย.59 – ต.ค. 60
8.ทำ Lean ในระบบบริการที่มีหลายขั้นตอนและมีความซ้ำซ้อนไม่ขั้นตอนซ้ำซ้อน	ลดขั้นตอนการให้บริการ	ก.ย.59 – ต.ค. 60