



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทร ๙๒๓๖

ที่ ชม. ๐๐๓๒.๒ / ๔ / ๓๕

วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอให้รายงานผลการดำเนินการไตรมาสที่หนึ่ง ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลนครพิงค์

เรียน

ตามที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลนครพิงค์ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ โดยได้ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข และนโยบายไทยแลนด์ ๔.๐ และกำหนดตัวชี้วัด และแจ้งให้ผู้รับผิดชอบ ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการและรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความสำเร็จของการดำเนิน ไปแล้วนั้น

ในการนี้ เป็นการติดตามผลการดำเนินการ ตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลนครพิงค์ จึงขอให้ผู้รับผิดชอบ ในหน่วยงานของท่าน ส่งผลการดำเนินการ ไตรมาสที่หนึ่ง (ตุลาคม ๒๕๖๑- ธันวาคม ๒๕๖๑) รายละเอียดตัวชี้วัด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มรายงานได้ที่ Website กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ และส่งข้อมูล ให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ทาง MIS ในชื่อนายชัชวาลย์ บุญเรือง ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒ เพื่อรวบรวมนำเสนอคณะกรรมการบริหาร พิจารณาให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

(นายวรเชษฐ เต๋ชะรัก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 62	ผู้รายงาน
PP&P Excellence			
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1.เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน			
เป้าประสงค์ 1.ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพที่มีคุณภาพ			
	1.อัตราการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิด มีชีพ	PCT สูติกรรม/กน. Service Plan สาขาสูติกรรม
	2.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 38 ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1000 คน	
	3.ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน		กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	3.1 ร้อยละเด็ก 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	> ร้อยละ 90	
	3.2 ร้อยละเด็ก 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการล่าช้า	> ร้อยละ 20	
	3.3 ร้อยละเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	> ร้อยละ 90	
	3.4 ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	> ร้อยละ 60	
	4.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	> ร้อยละ 57	
	5.ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	> ร้อยละ 68	
	6.ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	≥ ร้อยละ 54	-กลุ่มงานทันตกรรม
	7.ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	≥ ร้อยละ 55	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	8.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 70	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	9.ร้อยละของอำเภอที่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ)ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 60	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	10. ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้อาคาร (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ 90	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	11. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2.05	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	12. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ ร้อยละ 30	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
เป้าประสงค์ 2.โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน			
	13.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระดับดีมาก	-กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป
Service Excellence			
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ			
เป้าประสงค์ 3.ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน			
	14.ร้อยละของพื้นที่ ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ตามมาตรฐาน	ร้อยละ 100	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	15.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 60	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	16.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		-PCT อายุรกรรม -กน. Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง
	16.1 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)	< ร้อยละ 5	
	16.2 อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)	< ร้อยละ 25	
	16.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60-I69)	< ร้อยละ 7	

	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 62	ผู้รายงาน
	17. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที	>= ร้อยละ 50	
	18. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที	>= ร้อยละ 60	
	19. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน STROKE UNIT	>= ร้อยละ 40	
	20. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	>= ร้อยละ 85	-กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
	21. โรงพยาบาลผ่านการประเมินการใช้อย่างสมเหตุสมผล .	ระดับ 2	-กลุ่มงานเภสัชกรรม / -กน. Service Plan สาขา RDU
	22. โรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ร้อยละ 100	
	23. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.8 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	PCT กุมารเวชกรรม กน. Service Plan สาขาทารกแรกเกิด
	24. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	> ร้อยละ 40	-คณะกรรมการ SP สาขาการดูแลแบบประคับประคอง
	25. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	> ร้อยละ 18.5	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย
	26. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	>= ร้อยละ 63	-กลุ่มงานจิตเวช
	27. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	-กน. Service Plan สาขาสุขภาพจิต
	28. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 30	PCT อายุรกรรม /กน. Service Plan สาขาอายุรกรรม
	29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention		-PCT ออร์โธปิดิกส์
	29.1 โรงพยาบาลมีทีม Refracture Prevention	ร้อยละ 100	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์ / -กน. Service Plan สาขาออร์โธปิดิกส์
	29.2 อัตรา Refracture	< ร้อยละ 30	
	29.3 มีการผ่าตัดแบบ Early surgery	> ร้อยละ 50	
	30. ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด	ร้อยละ 50	PCT อายุรกรรม / กน. SP สาขาหัวใจ
	31. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< 26 ต่อแสนประชากร	PCT อายุรกรรม / กน. SP สาขาหัวใจ
	32. อัตราผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการ ผ่าตัด/เคมีบำบัด/รังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด		คณะกรรมการ Service Plan สาขา มะเร็ง
	32.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	
	32.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 70	
	32.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	
	33. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73m ² /yr	≥ ร้อยละ 66	PCT อายุรกรรม /-กน. Service Plan สาขาไต
	34. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	≥ ร้อยละ 85	PCT จักษุ / กน. Service Plan สาขาทา
	35. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.8 :100 การเสียชีวิต	-กน. Service Plan สาขาการรับบริจาคอวัยวะฯ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 62	ผู้รายงาน
36. ร้อยละของผู้ติดตามเสถียรที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retenttion Rate)	≥ ร้อยละ 20	กลุ่มงานจิตเวช / กก. Service Plan สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด
37. ร้อยละของผู้ใช้และผู้ใช้เสถียรที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสถียรต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate)	≥ ร้อยละ 40	กก. Service Plan สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด
38. อัตรา Readmit การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Ischemic Stroke) ที่ส่งกลับ	< ร้อยละ 10	PCT อายุรกรรม/กก. Service Plan สาขาหลอดเลือดสมอง
39. ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล Intermediate care	> ร้อยละ 20	PCT ศัลยกรรม/กก. Service Plan อุบัติเหตุ
40. ร้อยละผู้ป่วย post operative physical therapy ที่กลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาลที่ส่งกลับ	< ร้อยละ 10	PCT ออร์โธปิดิกส์/กก. Service Plan ออร์โธปิดิกส์
41. ร้อยละของผู้ป่วยในที่มีแผลเรื้อรังได้รับการส่งกลับไปรักษาต่อ Intermediate care	> ร้อยละ 20	PCT ศัลยกรรม/กก. Service Plan ศัลยกรรม
42. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	< 130 ต่อแสนประชากร	PCT อายุรกรรม/กก. Service Plan สาขาโรค COPD
43. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรมได้มาตรฐาน	≥ ร้อยละ 60	กลุ่มงานทันตกรรม
44. อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปี	< ร้อยละ 10	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม/-กก. Service Plan สาขากุมารเวชกรรม
45. อัตราการเกิด Birth Asphyxia	< 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	กลุ่มงานสูติกรรม/กก. Service Plan สาขาสูติกรรม
46. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง	< ร้อยละ 12	PCT ศัลยกรรม/กก. Service Plan สาขาอุบัติเหตุ
47. โรงพยาบาลสามารถดำเนินการจัดบริการรูปแบบพิเศษตามรูปแบบ/เกณฑ์ที่กำหนด		-องค์กรแพทย์
-ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วย	≥ ร้อยละ 80	-องค์กรพยาบาล
-อัตราการเพิ่มรายรับของบริการรูปแบบพิเศษ	รายรับ > รายจ่าย	-กก. CHC
48. ระยะเวลารอคอย OPD	≤ 80 นาที	กก. พัฒนาคูณภาพระบบการจัดการบริการ
49. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥ ร้อยละ 80	ผู้ป่วยนอก
50. LOS ในทุกแผนกไม่เกินกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ	< ค่าเฉลี่ยในระดับเขต	กก. พัฒนาคูณภาพระบบการจัดการบริการ
51. อัตราตายผู้ป่วยในไม่เกินค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ใน รพ. ระดับเดียวกัน	< ค่าเฉลี่ยในระดับเขต	ผู้ป่วยใน
52. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน	≥ ร้อยละ 80	
53. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ One day surgery	ร้อยละ 20	กก. ศูนย์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน
54. อัตราการตายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ	< ร้อยละ 20	กก. พัฒนาคูณภาพระบบการจัดการบริการผู้ป่วยวิกฤติ
55. อัตราการใช้บริการด้านรังสีวิทยา	> ร้อยละ 5	-กลุ่มงานรังสีวิทยา
People Excellence		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากรและผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ (People		
เป้าประสงค์ 4 โรงพยาบาลมีอัตรากำลังบุคลากรเพียงพอ และสอดคล้องกับภาระงาน		
56. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)	≥ ร้อยละ 85	-กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เป้าประสงค์ 5. บุคลากรมีสุขภาพดี มีศักยภาพและทำงานอย่างมีความสุข		

	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 62	ผู้รายงาน
	57.รพ.มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้	ระดับ 4	-กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลากร
	58.รพ.มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้	ระดับ 3	-กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลากร
	59.ระดับความสำเร็จ จัดตั้งหน่วยวิจัยทางคลินิก ศูนย์วิจัยทางคลินิก (Nakornping Center for Clinical Research)	ระดับ 5	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ กก.วิจัย
	60.ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามประเมินผล (เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน น้ำหนักเกิน)	≥ ร้อยละ 60	-กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
	61.จำนวนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่วยเป็นวัณโรครายใหม่	< 4 ราย	คณะกรรมการ IC / กก.วัณโรค /-กก.วัณโรค
เป้าประสงค์ 6.บัณฑิตแพทย์แพทย์ประจำบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ คุณธรรม ทักษะชีวิต			
	62.ระดับความสำเร็จของการเปิดเป็นสถาบันหลักฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน	ระดับ 5	-ศูนย์แพทย์ฯ
	63.ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สามารถสอบผ่าน National License ชั้นตอนที่ 2	ร้อยละ 100	-ศูนย์แพทย์ฯ
	64.ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สามารถสอบผ่าน National License ชั้นตอนที่ 3	ร้อยละ 100	-ศูนย์แพทย์ฯ
	65.ระดับความสำเร็จของการยกระดับเป็นศูนย์แพทยศาสตรฯ ขนาดกลาง	ระดับ 5	-ศูนย์แพทย์ฯ
Governance Excellence			
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล			
เป้าประสงค์ 7.โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาลและเป็นองค์กรคุณภาพ			
	66.รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ระดับ 5	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป
	67.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และ วัสดุทันตกรรม		
	67.1 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา	≥ ร้อยละ 20	-กลุ่มงานเภสัชกรรม
	67.2 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	≥ ร้อยละ 20	-กลุ่มงานพัสดุ
	67.3 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของวัสดุวิทยาศาสตร์	≥ ร้อยละ 20	-กลุ่มงานพัสดุ
	67.4 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของวัสดุทันตกรรม	≥ ร้อยละ 20	-กลุ่มงานทันตกรรม
	68.รพ.มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐาน	ระดับ 5	กก.การควบคุมภายใน
	69.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน 2P safety	ระดับ 5	-กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
	70.รพ.ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	ระดับ 5	-กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
เป้าประสงค์ 8.มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ			
	71.รพ.ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ 100	-กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
	72.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล	ระดับ 5	-กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
เป้าประสงค์ 9.โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินเพียงพอที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			
	73.อัตราความครบถ้วนของการเรียกเก็บ	ร้อยละ 100	-กลุ่มงานการเงิน
	74.คุณภาพบัญชีให้มีผลการประเมิน FAI มากกว่า 90	≥ ร้อยละ 90	กลุ่มงานบัญชี
	75.มี EBITDA บวก และ NI บวก	> 0	กลุ่มงานบัญชี
	76.มี ทุนสำรองสุทธิ NWC บวก	> 0	กลุ่มงานบัญชี