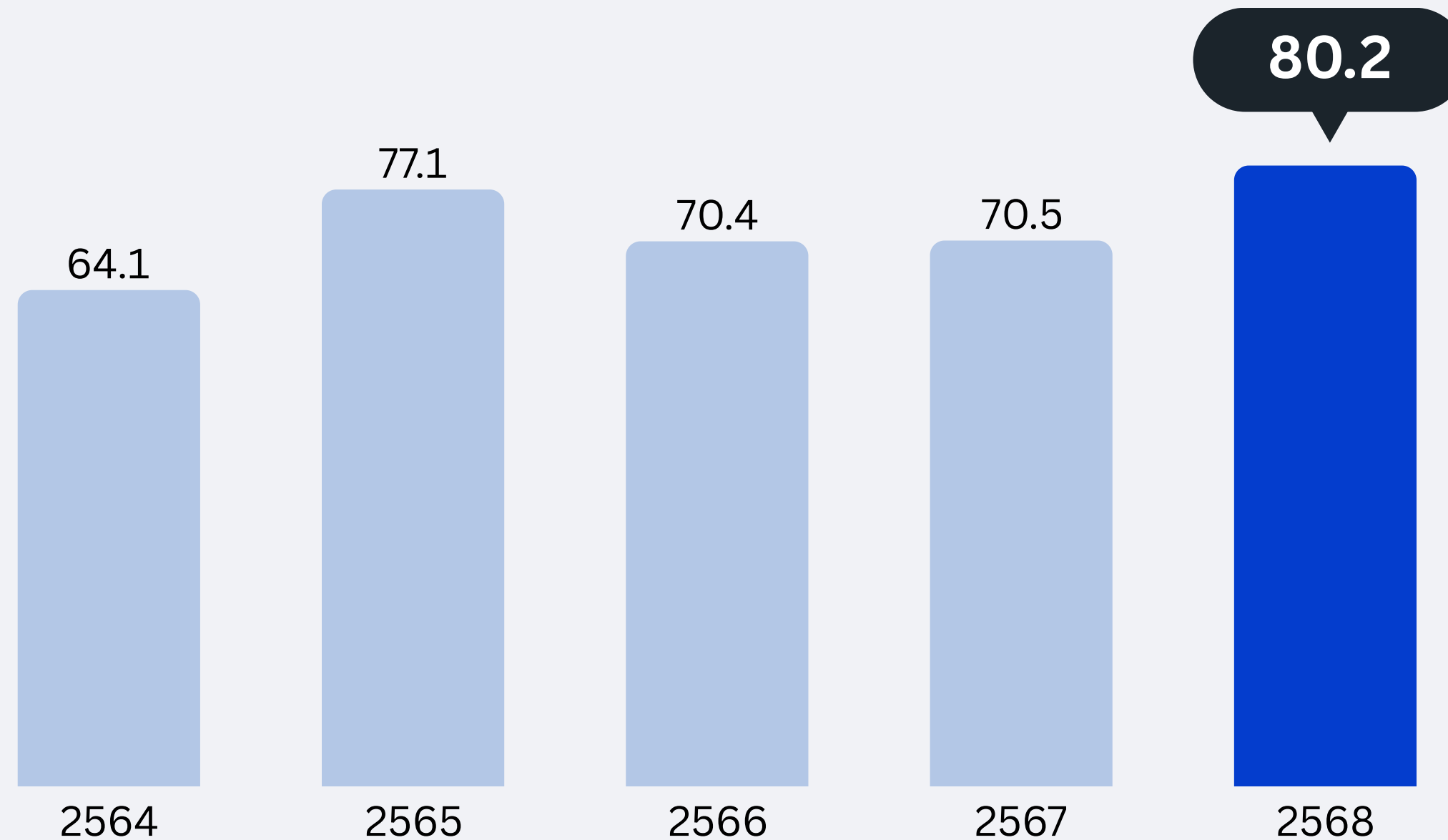


ผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

เทียบปีงบประมาณ 2564-2568

เป้าหมายปี 2568 : $\geq 70\%$



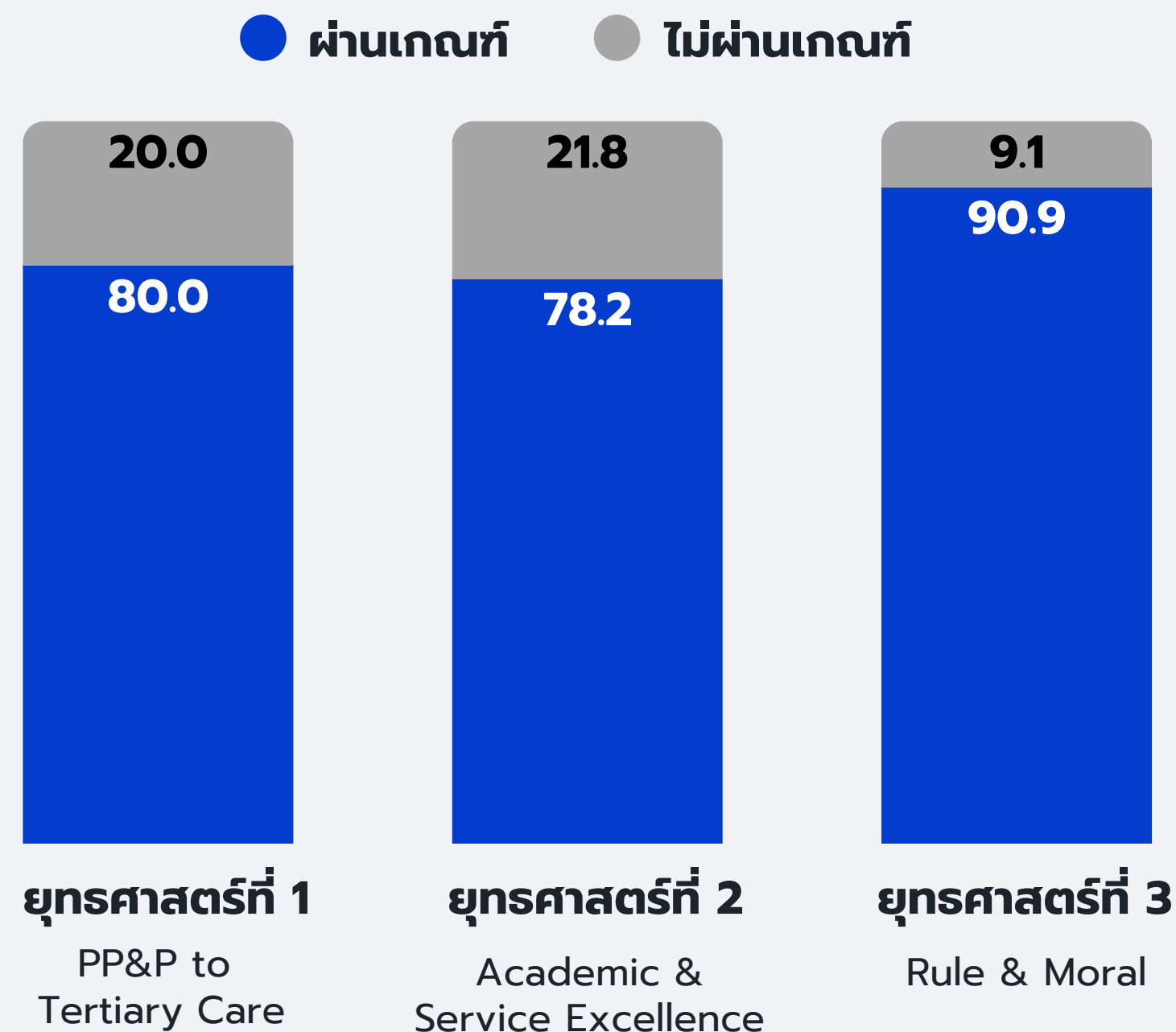
ผ่านเกณฑ์
65
KPI

ไม่ผ่านเกณฑ์
16
KPI

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

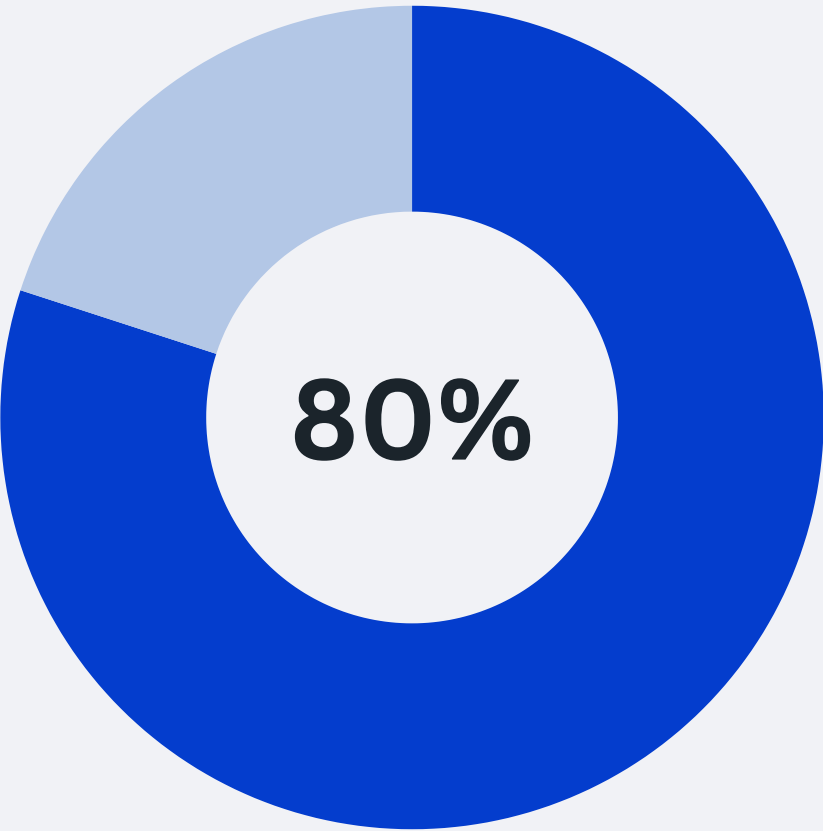
แยกตามยุทธศาสตร์

เป้าหมายปี 2568 : $\geq 70\%$



ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมคุ้มครอง ป้องกัน รักษา พันพู่
(PP&P to Tertiary Care) 15 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์ 12 ตัวชี้วัด

- 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
- 2. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป
- 3. ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5
- 4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
- 5. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิต
- 6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 7. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร
- 8. ร้อยละการเจาะเลือดใกล้บ้าน
- 9. ร้อยละการเจาะเลือดที่บ้าน
- 10. ร้อยละการรับยาทางไปรษณีย์
- 11. จำนวนครั้งของผู้ป่วยในที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
- 12. โรงพยาบาลผ่านประเมินการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge

ไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด

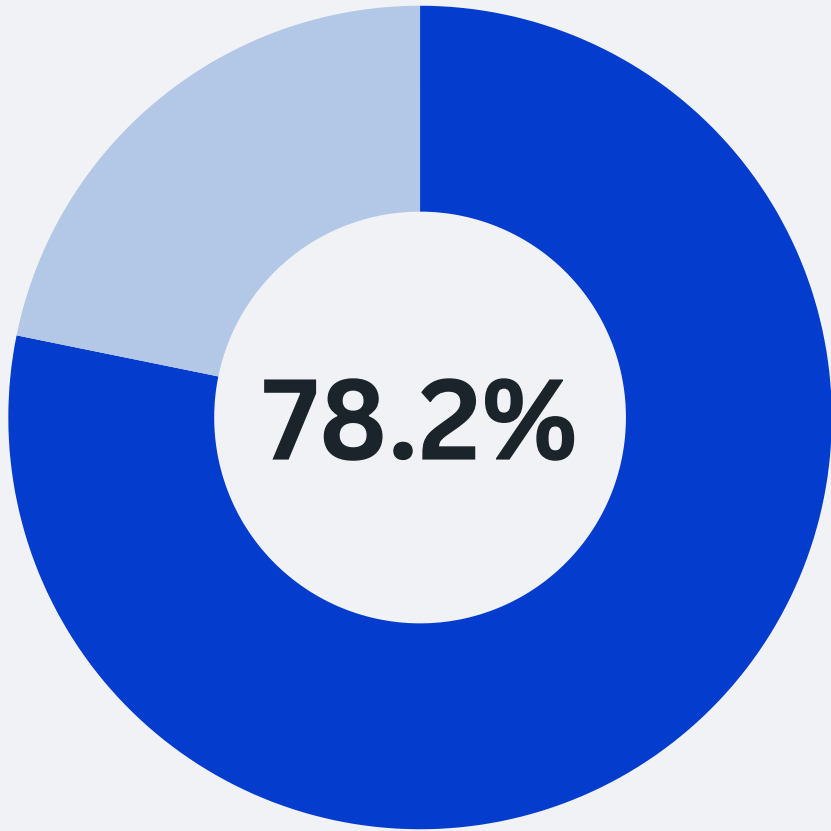
- 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c เข้าภายใน 90 วัน
- 3. ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนความเป็นเลิศด้านวิชาการและบริการ
(Academic & Service Excellence) 55 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์ 43 ตัวชี้วัด

- 1. ร้อยละของบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาได้รับเกียรตินิยม
- 2. ร้อยละบัณฑิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในชุมชนตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke; I63)
- 4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke; I60-I62)
- 5. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
- 6. อัตราตายการรกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
- 7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
- 8. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
- 9. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า
- 10. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)
- 11. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
- 12. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
- 13. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 14. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
- 15. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 16. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)
- 17. ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
- 18. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ off pump CABG
- 19. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ valve surgery
- 20. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ First TACE (Transarterial Chemoembolization) ภายใน 1 ปี

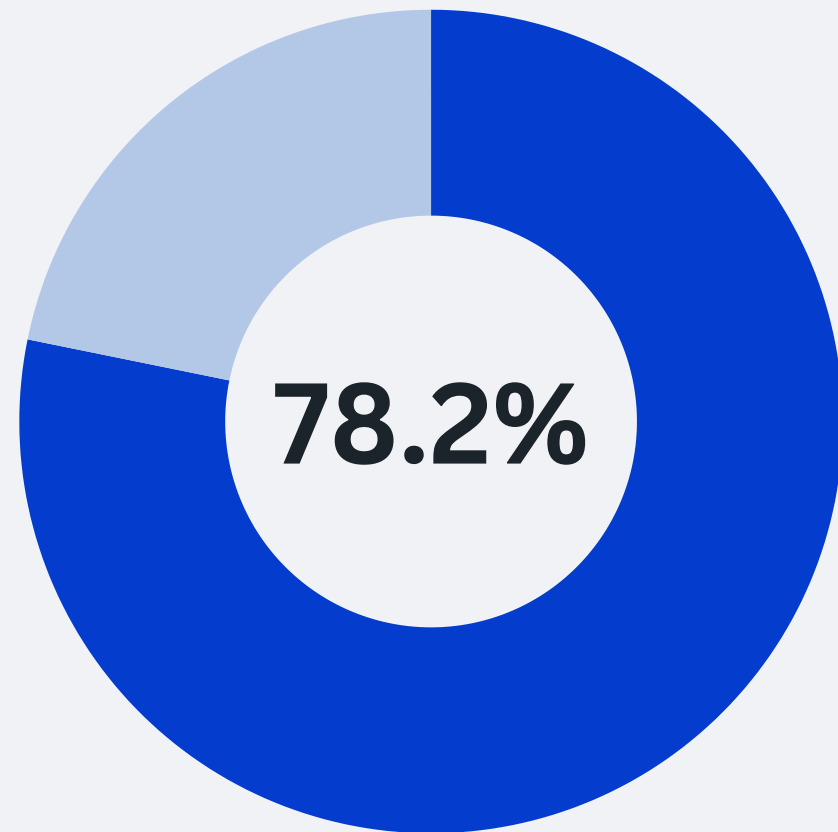


ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนความเป็นเลิศด้านวิชาการและบริการ (Academic & Service Excellence) 55 ตัวชี้วัด

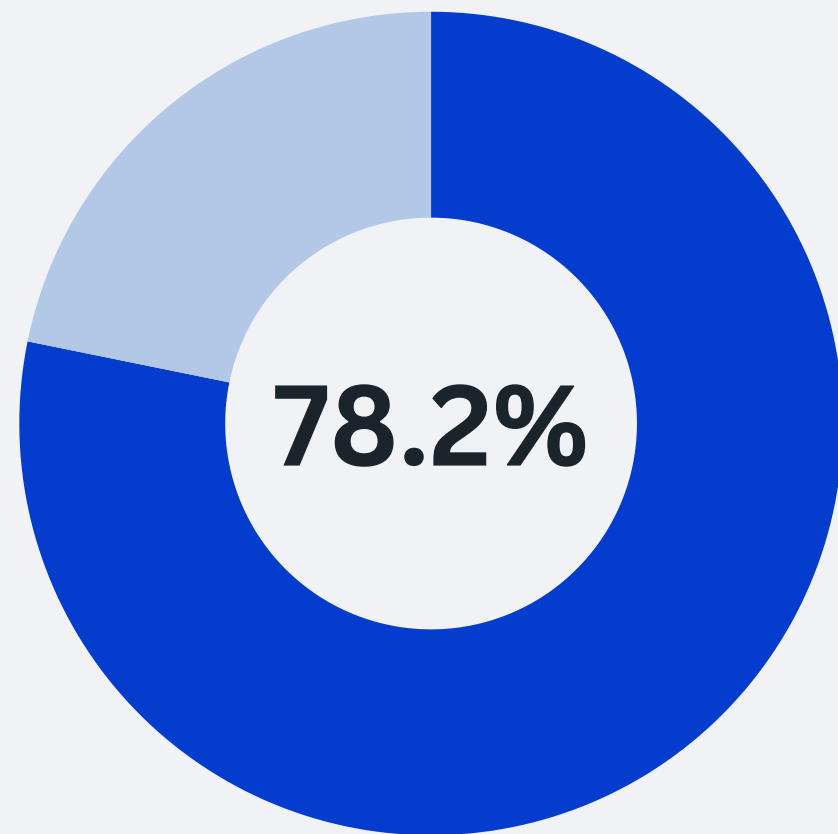
ผ่านเกณฑ์ 43 ตัวชี้วัด (ต่อ)

21. อัตราตายของผู้ป่วย HCC ที่ได้รับการทำหัตถการ First RFA or MWA
22. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่มี indication ในการทำ MT ได้รับการทำหัตถการ
23. การผ่าตัดพิดคน
24. การผ่าตัดพิดข้าง
25. การผ่าตัดพิดตำแหน่ง
26. การผ่าตัดพิดหัตถการ
27. อัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (SSI)
28. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)/1,000 Vent. Days
29. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI)/1,000 Cath. Days
30. อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI)/1,000 Cath. Days
31. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
32. ร้อยละของการเกิด Medication Error ระดับ E ขึ้นไป
33. จำนวนการให้เลือดพิดคน
34. จำนวนการให้เลือดพิดหมู่
35. จำนวนการให้เลือดพิดชนิด
36. อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยคลาดเคลื่อน (ระดับ E up)
37. อัตราการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน
38. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการ Under triage ทั้งหมด
39. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการ Over triage ทั้งหมด
40. อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under/over triage) ระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนแก้ไข
41. ร้อยละบุคลากรโรงพยาบาลลำปางได้รับการอบรม อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
42. จำนวนผลงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ ระดับ TCI 2 ขึ้นไป
43. จำนวนผลงานวิจัยที่มีการนำเสนอระดับเขตขึ้นไป



ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนความเป็นเลิศด้านวิชาการและบริการ (Academic & Service Excellence) 55 ตัวชี้วัด



ไม่ผ่านเกณฑ์ 12 ตัวชี้วัด

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
3. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
4. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ
7. การประเมินผลทางคลินิกของผู้ป่วย MT โดยใช้ MRS ที่ 90 วันหลังจำหน่ายที่ได้ระดับคะแนนที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นที่น่าสนใจ (0-2 คะแนน)
8. จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาล้าง
9. จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป
10. จำนวนการเกิดอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป
11. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
12. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลที่ตรวจพบโรครายใหม่ ได้รับคำปรึกษา/รักษา ภายในระยะเวลา 1 เดือน

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 3 **ดูกระเป๋าย มีคุณธรรม เปิดเผยได้** (Rule and Moral) 11 ตัวชี้วัด

ผ่านเกณฑ์ 10 ตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง
2. โรงพยาบาลลำปางผ่านการรับรอง HAIT
3. โรงพยาบาลลำปางมีบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ร้อยละของการประเมินผ่านตามเกณฑ์ MOPH ITA จากผู้ตรวจสอบภายนอก (ระดับเขตสุขภาพ)
5. โรงพยาบาลลำปางผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3
6. การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง
7. ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ
8. อัตราส่วนระหว่าง สินทรัพย์หมุนเวียน และหนี้สินหมุนเวียน (Current ratio)
9. อัตราส่วนเงินหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio)
10. อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)

ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด

1. ร้อยละความสุข ความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล

