



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 1 Service excellence	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแล ครบวงจร (C1)	1. พัฒนาระบบ การแพทย์ แพทย์แผน ไทย แพทย์ทางเลือก สุขภาพจิตและยาเสพติด ครอบคลุมทุก กลุ่มวัยให้มีมาตรฐาน โดยเฉพาะการดูแล ผู้สูงอายุครบวงจร	01	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	ห้องคลอด	รายไตรมาส	ต่อแสนการ เกิดมีชีวิต	<15	KPI กระบวน 1
			02	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง	เวชกรรมสังคม				KPI กระบวน 6
			02.1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	เวชกรรมสังคม	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥70	KPI กระบวน 6
			02.2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	เวชกรรมสังคม	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥80	KPI กระบวน 6
			03	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตาม เป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ	เวชกรรมสังคม	ทุก 6 เดือน	ร้อยละ	≥95	KPI กระบวน 8
			04	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วย การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥50	KPI กระบวน 14, Service Plan
			05	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC	แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	ทุก 6 เดือน	ล้านบาท	≥2.5	KPI กระบวน 15, Service Plan
			06	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	จิตเวชและยาเสพติด				KPI กระบวน 16, Service Plan, HDC
			06.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	จิตเวชและยาเสพติด	ทุก 1 ปี	ต่อประชากร แสนคน	≤7.8	KPI กระบวน 16, Service Plan, HDC
			06.2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	จิตเวชและยาเสพติด	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥70	KPI กระบวน 16, Service Plan, HDC
			07	ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับ การดูแลอย่างมีคุณภาพ	สังคมสงเคราะห์	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥90	KPI กระบวน 25
			08	ร้อยละการเจาะเลือดใกล้บ้าน/ที่บ้าน ในเขตอำเภอเมืองลำปาง	LAB และเวชกรรม สังคม				
			08.1	ร้อยละการเจาะเลือดใกล้บ้าน	LAB และเวชกรรม สังคม	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	≥45	
			08.2	ร้อยละการเจาะเลือดที่บ้าน	LAB และเวชกรรม สังคม	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	≥65	



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
			09	ร้อยละการรับยาทางโพรหมิน	เภสัชกรรม	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	≥5	
ยุทธศาสตร์ที่ 1 Service excellence	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแล ครบวงจร (C1)	1. พัฒนาระบบการแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์ ทางเลือก สุขภาพจิต และยาเสพติด ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยให้ มีมาตรฐาน โดยเฉพาะ การดูแลผู้สูงอายุครบ	10	จำนวนครั้งของผู้ป่วยในที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	ศูนย์คุณภาพ	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	<3,600 (<300 ครั้ง/เดือน)	
		2. พัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและ ระบบส่งต่อให้มีความ รวดเร็ว และปลอดภัย	11	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<10	
		3. พัฒนาระบบตอบ โต้ภาวะฉุกเฉินและภัย สุขภาพ	12	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	>29	KPI กระบวน 24
	2. ประชาชนรอบรู้ ดูแลตนเองได้ (C2)	4. ส่งเสริมให้ ประชาชนมีความรอบ รู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	13	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย					KPI กระบวน 2
			13.1	ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	เวชกรรมสังคม	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥88	KPI กระบวน 2
			13.2	ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี ฟันดีไม่มีฟันผุ (Cavity Free)	ทันตกรรม	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥80	KPI กระบวน 2
			14	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	สุขศึกษา	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥83	KPI กระบวน 4



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 1 Service excellence	3. ยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานบริการ ทุกระดับให้เป็นที่ยอมรับระดับประเทศ (II)	6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญร่วมกับเครือข่ายภายในจังหวัด	15	อัตราความสำเร็จการรักษาก่อนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	อายุรกรรม (TB)				KPI กระบวน 12, Service Plan, HDC
			15.1	อัตราความสำเร็จการรักษาก่อนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	อายุรกรรม (TB)	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥88	KPI กระบวน 12, Service Plan, HDC
			15.2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	อายุรกรรม (TB)	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥85	KPI กระบวน 12, Service Plan, HDC
			16	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	จิตเวชและยาเสพติด				KPI กระบวน 17, Service Plan, HDC
			16.1	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	จิตเวชและยาเสพติด	ทุก 6 เดือน	ร้อยละ	≥40	KPI กระบวน 17, Service Plan, HDC
	3. ยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานบริการ ทุกระดับให้เป็นที่ยอมรับระดับประเทศ (II)	6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญร่วมกับเครือข่ายภายในจังหวัด	16.2	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	จิตเวชและยาเสพติด	ทุก 6 เดือน	ร้อยละ	≥40	KPI กระบวน 17, Service Plan, HDC
			17	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	จิตเวชและยาเสพติด	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥70	KPI กระบวน 23
			18	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	อายุรกรรม (Stroke Unit)	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<7	KPI กระบวน 11, Service Plan, HDC
			18.1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	อายุรกรรม (Stroke Unit)	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	≤5	
			18.2	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	อายุรกรรม (Stroke Unit)	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	≤25	
			19	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	อายุรกรรม	รายไตรมาส	ร้อยละ	≤24	KPI กระบวน 18, Service Plan, HDC
			20	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	ศุนย์โรคไต	รายไตรมาส	ร้อยละ	มากกว่า ร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	KPI กระบวน 20, Service Plan



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 1 Service excellence	3. ยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานบริการ ทุกระดับให้เป็นที่ยอมรับระดับประเทศ (II)	7. พัฒนาศูนย์ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อดูแลโรคซับซ้อน และโรคที่ต้องใช้ เทคโนโลยีขั้นสูง	21	ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้อง เฉียบพลัน 5 กวาระ	ศัลยกรรม	ทุก 6 เดือน	ร้อยละ	<2.5	
			22	อัตราการตายการก่อกำเนิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	กุมารเวชกรรม	ทุก 1 เดือน	ต่อ 1,000 การก่อกำเนิด	<3.60	KPI กระบวน 13, Service Plan, HDC
			23	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ศูนย์หัวใจ	รายไตรมาส	ร้อยละ	<9	KPI กระบวน 19, Service Plan, HDC
			24	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	ศูนย์บริจาคอวัยวะ	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥0.37	KPI กระบวน 21, Service Plan
			25	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ศูนย์ตติยภูมิมะเร็ง				
			25.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ศูนย์ตติยภูมิมะเร็ง	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥70	KPI กระบวน 22, Service Plan
			25.2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ศูนย์ตติยภูมิมะเร็ง	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥70	KPI กระบวน 22, Service Plan
			25.3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ศูนย์ตติยภูมิมะเร็ง	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥60	KPI กระบวน 22, Service Plan
			26	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ MIS (Minimal invasive surgery)	CVT				
			26.1	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ off pump CABG	CVT	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<5	
			26.2	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ valve surgery	CVT	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<5	
			27	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ First TACE (Transarterial Chemoembolization) ภายใน 1 ปี	รังสีร่วมรักษา	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	<2	
			28	อัตราการตายของผู้ป่วย HCC ที่ได้รับการทำหัตถการ First RFA or MWA (Radiofrequency Ablation or Microwave Ablation) ภายใน 1 ปี	รังสีร่วมรักษา	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	0	
			29	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่มี indication ในการทำ MT ได้รับการทำหัตถการ ภายใน 8 ชั่วโมง	รังสีร่วมรักษา	ทุก 6 เดือน	ร้อยละ	≥80	
			30	การประเมินผลทางคลินิกของผู้ป่วย MT โดยใช้ MRS ที่ 90 วันหลัง จำหน่ายที่ได้รับคะแนนที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นที่น่าพอใจ (0-2 คะแนน)	รังสีร่วมรักษา	ทุก 6 เดือน	ร้อยละ	≥80	



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 2 People excellence	5. บุคลากรเพียงพอ มีสุขภาพดี (C3)	10. มีคำตอบแทนที่ เหมาะสม และแข่งขันได้	31	ร้อยละของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ทรัพยากรบุคคล				
			31.1	การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง	ทรัพยากรบุคคล	รายไตรมาส	ร้อยละ	<4	
			31.2	ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ	ทรัพยากรบุคคล	รายไตรมาส	ร้อยละ	>0.5	
		11. สร้างแรงจูงใจและ บุคคลต้นแบบด้าน สุขภาพ	32	ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	อาชีพเวชกรรม	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	100	
			33	ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลที่ตรวจพบโรครายใหม่ ได้รับ คำปรึกษา/รักษา ภายในระยะเวลา 1 เดือน	อาชีพเวชกรรม	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥60	
	6. ส่งเสริมคนดี คน เก่ง ให้ก้าวหน้า อย่าง เท่าเทียม (L2)	13. Talent Management	34	ร้อยละบุคลากรโรงพยาบาลลำปางได้รับการอบรม อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	พัฒนาทรัพยากร บุคคล (HRD)	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥85	
	7. สร้างสมดุลชีวิต และการทำงาน (I2)	14. สร้าง Happy Workplace	35	ร้อยละความสุข ความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากรใน โรงพยาบาล	ทรัพยากรบุคคล	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥80	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 Academic excellence	8. นักศึกษาและ บัณฑิตศึกษามี คุณภาพ ยึดหยุ่น ตอบสนองต่อการ	15. พัฒนานักศึกษา และบัณฑิตศึกษา อย่างมีคุณภาพ ระดับประเทศ สามารถ	36	ร้อยละของบัณฑิตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาได้รับเกียรติบัตร	ศูนย์แพทยศาสตร ศึกษาชั้นคลินิก	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥30	
			37	ร้อยละบัณฑิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานชดใช้ทุนในชุมชนตามระยะเวลาที่ กำหนด	ศูนย์แพทยศาสตร ศึกษาชั้นคลินิก	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥95	
	9. สนับสนุนงานวิจัย และนวัตกรรม สร้าง องค์กรแห่งการเรียนรู้ (L3)	17. ส่งเสริม สนับสนุน งานวิจัยและ นวัตกรรมที่มีมาตรฐาน ระดับประเทศและ นานาชาติ	38	จำนวนผลงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ ระดับ TCI 2 ขึ้นไป	วิจัย	ทุก 1 ปี	เรื่อง	≥18	
			39	จำนวนผลงานวิจัยที่มีการนำเสนอระดับเขตขึ้นไป	วิจัย	ทุก 1 ปี	เรื่อง	≥50	

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Good governance	10. ยกระดับบริการ และบริหารองค์กร ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (I3)	19. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สนับสนุนการบริหาร บริการ และวิชาการ ทั่วทั้งองค์กร	40	โรงพยาบาลลำปางมีบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ดิจิทัลสุขภาพ	ทุก 1 ปี	ครั้ง	≥3,500	
		21. ดำเนินการด้าน Cybersecurity ตาม มาตรฐาน	41	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูง	ดิจิทัลสุขภาพ	ทุก 1 ปี	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่านเกณฑ์ ระดับสูง	KPI กระบวน 27
	11. ชุมชนมีส่วนร่วม สร้างระบบสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ดี อย่างยั่งยืน (C5)	22. สนับสนุนชุมชนมี ส่วนร่วมดูแลปัญหา สุขภาพร่วมกับ ภาควิ เคราะห์	42	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	สุขภาพ	รายไตรมาส	ร้อยละ	≥90	KPI กระบวน 3
	12. ปลุกฝังวัฒนธรรม ความปลอดภัย โปร่งใส และรับผิดชอบ (L4)	26. มีระบบการ ตรวจสอบทั้งจาก ภายใน และภายนอก องค์กร	43	โรงพยาบาลลำปางผ่านการรับรอง HAIT	ดิจิทัลสุขภาพ	ทุก 1 ปี	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่านการ รับรอง	
			44	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมบูรณ์ (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์				
			44.1	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์ (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	ทุก 1 ปี	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่าน	KPI กระบวน 30

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Good governance	12. ปฐมภูมิวัฒนธรรม ความปลอดภัย โปร่งใส และรับผิดชอบ (L4)	26. มีระบบการ ตรวจสอบทั้งจาก ภายใน และภายนอก องค์กร	44.2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	รายไตรมาส (สะสม)	ร้อยละ	<5	KPI กระถวง 30
			44.3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥70	KPI กระถวง 30
			44.4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	รายไตรมาส (สะสม)	ร้อยละ	<5	KPI กระถวง 30
			44.5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL- Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥70	KPI กระถวง 30
			44.6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥70	KPI กระถวง 30
			44.7	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	รายไตรมาส (สะสม)	ร้อยละ	<5	KPI กระถวง 30
			44.8	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน	คกก. RLU และเทคนิค การแพทย์	รายไตรมาส (สะสม)	ร้อยละ	<5	KPI กระถวง 30
			45	การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	ห้องผ่าตัด				3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			45.1	การผ่าตัดผิดคน	ห้องผ่าตัด	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			45.2	การผ่าตัดผิดข้าง	ห้องผ่าตัด	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			45.3	การผ่าตัดผิดตำแหน่ง	ห้องผ่าตัด	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			45.4	การผ่าตัดผิดหัตถการ	ห้องผ่าตัด	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			46	การติดเชื้อที่สำคัญ (SSI, VAP, CAUTI, CLABSI)	IC				3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น



ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Good governance	12. ปลุกฝังวัฒนธรรม ความปลอดภัย โปร่งใส และรับผิดชอบ (L4)	26. มีระบบการ ตรวจสอบทั้งจาก ภายใน และภายนอก องค์กร	46.1	อัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (SSI)	IC	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<0.27	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			46.2	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)/1,000 Vent. Days	IC	ทุก 1 เดือน	ครั้ง/1,000 Vent. Days	<3	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			46.3	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสยสวนปัสสาวะ (CAUTI)/1,000 Cath. Days	IC	ทุก 1 เดือน	ครั้ง//1,000 Cath. Days	<2.10	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			46.4	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสยสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง (CLABSI)/1,000 Cath. Days	IC	ทุก 1 เดือน	ครั้ง//1,000 Cath. Days	<1.57	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			47	บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	อาชีพเวชกรรม	รายไตรมาส	ร้อยละ	<0.25	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			48	การเกิด Medication error & Adverse drug event	เภสัชกรรม				3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			48.1	ร้อยละของการเกิด Medication Error ระดับ E ขึ้นไป	เภสัชกรรม	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<0.2	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			48.2	จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	เภสัชกรรม	ทุก 1 เดือน	ราย	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			49	จำนวนการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด (ระดับ C ขึ้นไป)	ศูนย์คุณภาพ				3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			49.1	จำนวนการให้เลือดผิดคน (ระดับ C ขึ้นไป)	ศูนย์คุณภาพ	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			49.2	จำนวนการให้เลือดผิดหมู่ (ระดับ C ขึ้นไป)	ศูนย์คุณภาพ	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			49.3	จำนวนการให้เลือดผิดชนิด (ระดับ C ขึ้นไป)	ศูนย์คุณภาพ	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			50	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยคลาดเคลื่อน (ระดับ E up)	ศูนย์คุณภาพ	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ
			51	จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรง ระดับ E ขึ้น ไป	องค์กรแพทย์	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Good governance	12. ปลู่ฟงวัฒนธรรม ความปลอดภัย โปร่งใส และรับผิดชอบ (L4)	26. มีระบบการ ตรวจสอบทั้งจาก ภายใน และภายนอก องค์กร	52	อัตราการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน	เทคนิคการแพทย์	รายไตรมาส	ครั้งต่อหนึ่ง แผนการ รายงานผล	<0.2	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			53	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage/over triage)	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน				3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			53.1	จำนวนการเกิดอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	ครั้ง	0	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			53.2	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ Under triage ทั้งหมด	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<5	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			53.3	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ Over triage ทั้งหมด	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	<15	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			53.4	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนแก้ไข	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ทุก 1 เดือน	ร้อยละ	100	3P Safety & 9 มาตรฐานสำคัญ จำเป็น
			54	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	นิติการ	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	≥94	KPI กระทรวง 28
			54.1	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	นิติการ	ทุก 1 ปี	คะแนน	≥85	KPI กระทรวง 29
			54.2	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	คกก. ตรวจสอบภายใน จากระบบตรวจสอบ ภายในด้วย อิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ (EIA)	ทุก 1 ปี	ร้อยละ	>86	KPI กระทรวง 30
			55	โรงพยาบาลลำปางผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3	ศูนย์คุณภาพ	ทุก 1 ปี	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่านการ รับรอง	KPI กระทรวง 29

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

จำนวน 60 ตัวชี้วัดหลัก 92 ตัวชี้วัดย่อย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569 (Rev.1 13/03/69)

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI ID	KPI Name	Owner	ระยะเวลา ประเมินผล	หน่วยวัด	Target ปี 2569	อ้างอิง
	13. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อม ให้ได้มาตรฐาน เอื้อต่อบริการและการเยียวยา (I4)	27. จัดการสิ่งแวดล้อมให้ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน (HS4, Green & Clean, HA, SHA)	56	โรงพยาบาลลำปางผ่านประเมินการพัฒนามิยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม (ENV)	ทุก 1 ปี	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ผ่าน	KPI กระบวน 9 ระดับท้าทาย
		28. พัฒนาระบบทรัพยากรและการเงินให้มีประสิทธิภาพ ตามหลักธรรมาภิบาล (F1)	57	อัตราส่วนระหว่าง สินทรัพย์หมุนเวียน และหนี้สินหมุนเวียน (Current ratio)	บัญชี	ทุก 1 เดือน	เท่า	>1.5	
			58	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	บัญชี	ทุก 1 เดือน	เท่า	> 0.8	
			59	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio)	บัญชี	ทุก 1 เดือน	เท่า	> 1.0	
		30. พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ลำปาง (CFO)	60	โรงพยาบาลลำปางผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)	บัญชี	ทุก 1 ปี	คะแนน	≥ 10.5	KPI กระบวน 33