

ยุทธศาสตร์(Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด(KPI)	เป้า(Goal) ปี 2566	ไตรมาส 1 ต.ค.65-ธ.ค.65	ไตรมาส 2 ต.ค.65-มี.ค.66	ไตรมาส 3 ต.ค.65-มิ.ย.66	ไตรมาส 4 ต.ค.65-ก.ย.66	ตอกรณณ์ตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
								ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	
<b>ยุทธศาสตร์ 1</b> <b>พัฒนาศูนย์การแพทย์ชั้นเลิศที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย</b> <b>จนถึงระดับปฐมภูมิ</b> <i>วัตถุประสงค์</i> สร้างศูนย์เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ร่วมมือกับโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นทุกระดับจนถึงหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ <12 สัปดาห์	>75	51.87	57.32	51.45				ANC+เวชกรรมสังคม
	2	อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ 15 – 19 ปี	<40 : 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี	14.73	14.24	12.29				เวชกรรมสังคม+สูติ
	3	อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงในการดูแลสุขภาพของปากร่วมกับทีมวิชาชีพ	ร้อยละ 80	20	46.66	60		เจ้าหน้าที่รับผิดชอบกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มติดบ้านติดเตียงร่วมออกเยี่ยมบ้านมี 1 คน เวลาติดภาระกิจอื่นๆ(เช่น เวรโควิด ประชุม วิทยากร เรียนเฉพาะทางระยะสั้น) ไม่มีเจ้าหน้าที่แทน	ผลงานน่าจะดีขึ้นเนื่องจากเจ้าหน้าที่เรียนเฉพาะทางระยะสั้นจบหลักสูตรแล้ว	ทันตกรรม
	4	ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (6-14 ปี)	60.00%	เทอม 2/65 54.57%	เทอม 2/65 54.57%			- สถานการณ์โควิด มีข้อจำกัดในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - นักเรียนที่มีภาวะอ้วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อิทธิพลสื่อโฆษณา	จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง- สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้แก่ โรงเรียน ผู้ปกครอง อปท.	เวชกรรมสังคม
	5	อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (เช่น Stroke, บาดเจ็บศีรษะ, ไขสันหลัง, ข้อสะโพกหัก)	80.00%	100%	100%	100%				กายภาพ+เวชกรรมสังคม+7 PCT
	6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	ไม่เกินร้อยละ 1.95	0.97	1.48	3.70(ศสช.วัดแคนอก) 2.49(เครือข่าย)		จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมีทั้งหมด 27 ราย พบรายใหม่ 1 ราย ในเครือข่ายมีกลุ่มเสี่ยง1,528 รายพบรายใหม่ 38 ราย ทำให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด	รณรงค์ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตามคัดกรองซ้ำทุกปี	SP NCD
	7	อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ดี HbA1C <7	>40%	-	-	39.01(ศสช.วัดแคนอก) 26.38(เครือข่าย) 6.58(รพ.พระนั่งเกล้า) 38.28 (คลินิกโรคเรื้อรัง)		- ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด - ขาดอัตรากำลังในการให้บริการ - จัดให้มีการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการเข้าถึงสื่อความรู้ที่หลากหลายรูปแบบ	อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น -เพิ่มอัตรากำลังพยาบาล - จัดระบบบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การเข้าถึง การให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมบ้าน -สนับสนุนจัดหา อุปกรณ์สื่อการสอน เช่น ระบบ Internet TV สื่อDigital QR code แผ่นพับ	SP NCD
	8	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (<140/90)	>50%			30.83(ศสช.วัดแคนอก) 38.05 (รพ.พระนั่งเกล้า)		ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด	อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น	SP NCD
	9	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ 90			38.28(ศสช.วัดแคนอก) 8(เครือข่าย)		หน่วยบริการยังไม่บันทึกการประเมินและลงบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล	ประสานงานผู้รับผิดชอบและรายงานปัญหาให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไข	SP NCD

ยุทธศาสตร์(Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด(KPI)	เป้า(Goal) ปี 2566	ไตรมาส 1 ต.ค.65-ธ.ค.65	ไตรมาส 2 ต.ค.65-มี.ค.66	ไตรมาส 3 ต.ค.65-มิ.ย.66	ไตรมาส 4 ต.ค.65-ก.ย.66	ตอกรณณ์ตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
								ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	
	10	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน,ความดันโลหิตสูงไปรักษาที่ รพ.สต./ ศูนย์สุขภาพชุมชน	>50%	0. (คลินิกผู้สูงอายุ)	17.14 (6/18 คลินิกผู้สูงอายุ)			เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการที่พบโรครายใหม่ ส่วนยอดผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นประวัติการเจ็บป่วย ทำให้การคิดเปอร์เซ็นต์คลาดเคลื่อนได้	ผู้รับบริการในคลินิกเมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีการส่งรักษาต่อกลับบ้านหรือสะดวก เนื่องจากคลินิกผู้สูงอายุให้บริการคัดกรองภาวะถดถอยเป็นหลัก	เวชกรรมสังคม+Med
	11	ร้อยละของผู้สูงอายุที่คัดกรอง ADL (เฉพาะกลุ่มติดสังคม)	ร้อยละ 89	26.49	35.82			ผู้สูงอายุติดสังคมทั้งหมด 2831 คน แกนนำชุมชนไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุบาง คนได้ เช่น คอนโด หมู่บ้าน บ้านสวน	เพิ่มแกนนำครอบครัว อสค. และแกนนำชุมชน ในพื้นที่ ที่เข้าไม่ถึง	เวชกรรมสังคม
	12	เปิดหน่วยบริการ PCC (CUP พระนั่งเกล้า)	4 แห่ง	2 (50%)	2 (50%)			อีก 2 แห่ง แห่งที่ 1 รพแพทย์เรียนจบเดือนกรกฎาคม แห่งที่ 2 รพแพทย์กลับจากช่วยปฏิบัติงานในหน่วยบริการศูนย์สาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี ในเดือนตุลาคม	อีก 2 แห่ง แห่งที่ 1 รพแพทย์เรียนจบเดือนกรกฎาคม แห่งที่ 2 รพแพทย์กลับจากช่วยปฏิบัติงานในหน่วยบริการศูนย์สาธารณสุขเทศบาลนครนนทบุรี ในเดือนตุลาคม	เวชกรรมสังคม
	13	Case Mixed Index	>2	1.9634	2.0119					ทุก PCT+ศกน.Audit Chart
	14	อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด	100%							ศูนย์เชี่ยวชาญ 7 + 3 ศูนย์
	15	จำนวนการฆ่าตัด ผิดคน, ผิดข้าง, ผิดตำแหน่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรง	ระดับ E ขึ้นไป = 0							ทุก PCT ที่มีเหตุการณ์+OR
	16	จำนวนการให้เลือด ผิดคน, ผิดหมู่, ผิดชนิด	ระดับ C ขึ้นไป = 0	0	0	0	0			NSO+Lab+MSO
	17	จำนวนการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (Diagnostic error) - OPD - IPD	<5% <5%							MSO+PCT+ศกน.Audit +ศกน.RM
	18	อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ตรงตามเกณฑ์	>80%	Imipenem/cilastatin 100% Meropenem 98.61% Ertapenem 100% Colistin 100%	Imipenem/cilastatin 90.00% Meropenem 98.58% Ertapenem 100% Colistin 96.72%	Imipenem/cilastatin 93.10% Meropenem 98.87% Ertapenem 99.40% Colistin 95.41%	Imipenem/cilastatin 94.74% Meropenem 98.66% Ertapenem 99.55% Colistin 96.51%			คก.ความปลอดภัยด้านยา +PCT+MSO
	19	อัตรา RDU Hospital ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตาม Service Plan	>10ข้อ จาก 12 ข้อ	11/12	10/12	10/12	10/12			SP RDU+PCT+MSO
	20	ความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error 1. ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่าย (Prescribing error) 2. ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error) 3. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (Administration error)	ระดับ E ขึ้นไป = 0	0 0 0	3 2 0	3 3 0	3 3 0	แพทย์ Intern สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาเนื่องจากตรวจสอบประวัติแพ้ยาไม่ครบถ้วน (IPD) จ่ายยาผิดชนิดจากปัญหา Look alike sound alike (OPD)	ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ติดตามกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพ้ยาฯ นำระบบจัดยาถึงอัตโนมัติมาใช้ในท้องผู้ป่วยนอกอาคารสำเภทอง พบว่าสามารถลดการจัดยาผิดชนิดมากกว่าร้อยละ 95 และไม่พบการจ่ายยาผิดชนิด	คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา +PCT+MSO
	21	จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำจากยาตัวเดียวกัน	0 ครั้ง	0	2	2	2	แพทย์ Intern สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาเนื่องจากตรวจสอบประวัติแพ้ยาไม่ครบถ้วน (IPD)	ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ติดตามกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพ้ยาฯ	คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา +PCT



ยุทธศาสตร์(Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด(KPI)	เป้า(Goal) ปี 2566	ไตรมาส 1 ต.ค.65-ธ.ค.65	ไตรมาส 2 ต.ค.65-มี.ค.66	ไตรมาส 3 ต.ค.65-มิ.ย.66	ไตรมาส 4 ต.ค.65-ก.ย.66	คอบกรณตัวชี้วัดไม่บรรลุเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ		
								ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข			
	33	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา - ODS - MIS	เพิ่มขึ้น 20% จากปี 65 เพิ่มขึ้น 20% จากปี 65	5รวม ODS 626 ราย MIS 452 ราย ค.ค.-ธ.ค.65 ODS 263 ราย MIS 97 ราย	ม.ค.-มี.ค. ODS 273 ราย MIS 134 ราย	เม.ย.-มิ.ย. ODS 301 ราย MIS 154 ราย	ก.ค.-ก.ย. ODS 290 ราย MIS 93 ราย ปี66 รวม ODS 1127 ราย MIS 478 ราย ODS เพิ่มขึ้น 80.03% MIS เพิ่มขึ้น 5.75%	แต่ละสิทธิการรักษาโรคที่สามารถทำ ODS ได้แตกต่างกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ และอาจเกิดปัญหาไม่สามารถขอเบิกจ่ายได้เนื่องจากสิทธิหรือโรคไม่ตรงตามเกณฑ์ ODS	ขอความร่วมมือพยาบาล OPD ตรวจสอบสิทธิและโรคให้ถูกต้อง และส่งแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่วางแผนจะทำ ODS ให้ ODS Center ตรวจสอบอีกครั้ง	SP ODS+ OR+PCT ที่มีเหตุการณ์		
	34	ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด									คกก.ห้องผ่าตัด	
<b>ยุทธศาสตร์ 2</b> <b>สร้างระบบบริการดูแลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีทันสมัยบนพื้นฐานของหัวใจความเป็นมนุษย์</b> <i>วัตถุประสงค์</i> ใช้เทคโนโลยีทั้งเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เทคโนโลยีทางวิศวกรรม AI และ Information technology มาพัฒนาการให้บริการและขับเคลื่อนระบบงานบริการ "โรงพยาบาลแห่งเทคโนโลยี"	35	โรงพยาบาลผ่านการประเมิน Smart hospital ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	ผ่าน								คกก.IT	
	36	อัตราการดำเนินงานตามมาตรฐานสำคัญจำป็น 9 ข้อ	≥ 50%								คกก.RM	
	37	จำนวนนวัตกรรม / R2R ในปี 2566	จำนวนนวัตกรรม / R2R รวมทั้งหมด 40 เรื่อง									คกก.RM
	38	ลดระยะเวลารอคอย OPD ตั้งแต่คัดกรองถึงรับยากลับบ้าน	<120 นาที	178นาที	120นาที							OPD
	39	จัดระบบนัดหมายเหลือเวลาให้ผู้มารับบริการที่แพทย์นัดมาตรวจตามช่วงเวลาทัน	100% ทุก OPD	50%	50%	100%						งานผู้ป่วยนอก
	40	RLU										Lab
	41	การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) - แผนกสูติ-นรีเวชกรรม - แผนกศัลยกรรม - แผนกอายุรกรรม - แผนกกุมารเวชกรรม - แผนกออโรโธปิดิกส์ - แผนกจักษุวิทยา - แผนกโสต ศอ นาสิก	>10 ของจำนวนผู้มารับบริการทุกแผนก		- - 8 - - -	- - 46 - - -	- - 66 - - -					สูติ, ศัลยกรรม, Med, กุมาร, Ortho, จักษุ, โสต ศอ นาสิก



