บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โทร. ๑๒๔๘

ที่ พบ ๐๐๓๒.๒๐๒ / ๑๖๔ **วันที่** ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗

เรียน หัวหน้ากลุ่มภารกิจ ทั้ง ๕ ด้าน /หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/คณะกรรมการระดับทีมทุกระบบ/สาขา

ด้วยโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้วางแผนการพัฒนายุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมาย **"อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพที่ดี ประชาชนเพชรบุรี มีอายุยืนยาวขึ้น"** ซึ่งคณะกรรมการทีมนำ คณะกรรมการบริหาร ทีมระบบงานสำคัญพร้อมด้วยบุคลากรทุกระดับ ได้ดำเนินการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมาย เข็มมุ่ง และตัวชี้วัดโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗ ประกอบด้วย ๑๑ แผนงาน ๑๘ โครงการ ๒๑ ตัวชี้วัดหลัก และ๔๗ ตัวชี้วัดย่อย เพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์ **"โรงพยาบาลทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ (Smart Hospital Safety First Top Quality)"** ด้วยความร่วมแรงร่วมใจตามค่านิยม TEAM PCK ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ในการนี้ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงประกาศแผนยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗ เพื่อให้หน่วยงานดำเนินการ ภายใต้การติดตามกำกับของคณะกรรมการทีมนำ คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจ ให้มีการดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการบริหาร รายเดือน รายไตรมาส ราย ๖ เดือน รายปี ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายชุมพล เดชะอำไพ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

โรงพยาบาล
ทันสมัย ปลอดภัย คุณภาพชั้นนำ
(Smart Hospital Safety first Top Quality)

Purpose : อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพที่ดี ประชาชนเพชรบุรี มีอายุยืนยาวขึ้น

เข็มมุ่ง ปี 2564 : Smart Hospital , 2P Safety

ค่านิยมหลัก : Team PCK " มีจริยธรรม มุ่งเน้นผู้รับบริการ ผลงานได้มาตรฐาน โดดเด่นวิชาการ ทำงานเป็นทีม "

Smart Hospital	Safety First	Top Quality
แผนงาน 1. พัฒนา Digital structure 2. ลดความหนาแน่นโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 3. พัฒนาระบบเครือข่ายเกื้อกูลไร้รอยต่อ	แผนงาน 1. โครงการปรับปรุงอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน 2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE 3. พัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ ด้วยหลักคิดการบริหารจัดการความเสี่ยงและการใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา 4. พัฒนารูปแบบการกำกับติดตามผลลัพธ์ การดำเนินงานของระบบงานสำคัญ	แผนงาน 1. พัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ 2. พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 4. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ
KPI 1 ผ่านเกณฑ์ดำเนินงานของ GREEN & CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และ Digital Look KPI 2 ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ กิจกรรมปี 2564 KPI 3 ร้อยละของบุคลากรแต่ละระดับผ่านเกณฑ์การใช้โปรแกรม HOSXP KPI 4 ร้อยละของผู้ป่วยนัดที่มาตามระบบรับนัดของศูนย์ประสานรับนัดOPD KPI 5 ร้อยละของผู้ป่วย NCDs ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการส่งกลับ KPI 6 ระดับความสำเร็จของการดูแลสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล KPI 7 ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 1,2 อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	KPI 1 ร้อยละของพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และพื้นที่บริการที่มีผู้ป่วยหนาแน่นมีการหมุนเวียนของอากาศตามมาตรฐาน KPI 2 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น KPI 3 ร้อยละของตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามนโยบายบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด KPI 4 ร้อยละของระบบงานสำคัญที่สามารถบริหารจัดการ Defect ที่กำหนดให้เป็น Zero ได้ KPI 5 ร้อยละของตัวชี้วัด SIMPLE ที่บรรลุเป้าหมาย KPI 6 ร้อยละของหน่วยงานที่มีนวัตกรรมจากแนวคิด ของ Lean concept KPI 7 ค่า SV30 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน KPI 8 HA scoring guideline ≥ 3.5	KPI 1 อัตราการเสียชีวิตของทารกที่มีอายุ น้อยกว่า 7 วัน ด้วยภาวะ PPHN ลดลง 10% ต่อปี KPI 2 ร้อยละของผู้ป่วย Trauma level 1 ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที (Door to OR) >80 % KPI 3 ร้อยละของบุคลากรในรพ.กลุ่มอายุ 50-60 ปีได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณ KPI 4 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ภาพรวม) (Pneumonia , TB , Sepsis) KPI 5 ร้อยละของผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมลดลง 10% KPI 6 ร้อยละของผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญที่มีเครื่องมือสำคัญจำเป็น ไม่เพียงพอ

Core Competency : 1. 2P Safety management 2. Systemic Thinking 3. Digital Literacy

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

1. Smart Hospital

นพ.จิรายุ เล็กพิทยา ประธาน คณะทำงานขับเคลื่อนฯ Smart Hospital
ภก.น้ำฝน แสวงภาค เลขานุการ คณะทำงานขับเคลื่อนฯ Smart Hospital

KPI	ตัวชี้วัดหลัก	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	
KPI 1	ผ่านเกณฑ์ดำเนินงานของ GREEN & CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และ Digital Look	รายปี	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	คุณศิริพร
KPI 2	ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ กิจกรรมปี 2564	รายไตรมาส	NA	ผ่าน 6	ผ่าน 2			คุณณิรุต
KPI 3	ร้อยละของบุคลากรแต่ละระดับผ่านเกณฑ์การใช้โปรแกรม HOSXP	รายไตรมาส	NA	>80	85	90	100	คุณณิรุต
KPI 4	ร้อยละของผู้ป่วยนัด ที่มาตามระบบรับนัดของศูนย์ประสานรับนัด OPD - รพช. / PCC,PCU	รายไตรมาส	NA	70/50	80/60	90/70	100/100	คุณทิพาพร
KPI 5	ร้อยละของผู้ป่วย NCDs ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการส่งกลับ - รพช. / PCC,PCU	รายไตรมาส	NA	70/50	80/60	90/70	100/100	คุณทิพาพร
KPI 6	ระดับความสำเร็จของการดูแลสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล	รายไตรมาส	NA	≥ 4 คู่	≥ 6 คู่	≥ 8 คู่	≥ 10 คู่	นพ.เท็น
KPI 7	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 1,2 อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	รายไตรมาส	53.83	>60	>65	>70	>75	คุณปัทมา

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital

พญ.ปริยชาต์ สธนเสาวภาคย์ ประธาน คณะทำงานขับเคลื่อนฯ Safety Hospital
นางโสภา หมู่ศิริ เลขานุการ คณะทำงานขับเคลื่อนฯ Safety Hospital

KPI	ตัวชี้วัดหลัก	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	
KPI 1	ร้อยละของพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และพื้นที่บริการที่มีผู้ป่วยหนาแน่น มีการหมุนเวียนของอากาศตามมาตรฐาน	ราย 6 เดือน	NA	70	80	90	100	นพ.ณัฐพงษ์
KPI 2	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	รายไตรมาส	NA	65	70	75	80	คุณโสภา
KPI 3	ร้อยละของตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามนโยบาย บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด	รายไตรมาส	66.67	70	75	80	85	พญ.ปริยชาติ์
KPI 4	ร้อยละของระบบงานสำคัญที่สามารถบริหารจัดการ defect ที่กำหนด ให้เป็น Zero ได้	รายไตรมาส	NA	50	60	70	80	พญ.ปริยชาติ์
KPI 5	ร้อยละของตัวชี้วัด SIMPLE ที่บรรลุเป้าหมาย	รายไตรมาส	12	70	75	80	85	พญ.ปริยชาติ์
KPI 6	ร้อยละของหน่วยงานที่มีนวัตกรรมจากแนวคิดของ Lean concept	รายปี	NA	80	85	90	95	นพ.จิรายุ
KPI 7	ค่า SV30 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	รายเดือน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คุณศิริพร
KPI 8	HA scoring guideline ≥ 3.5	รายปี	2.5	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 3.5	คทง.ขับเคลื่อน Safety first

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

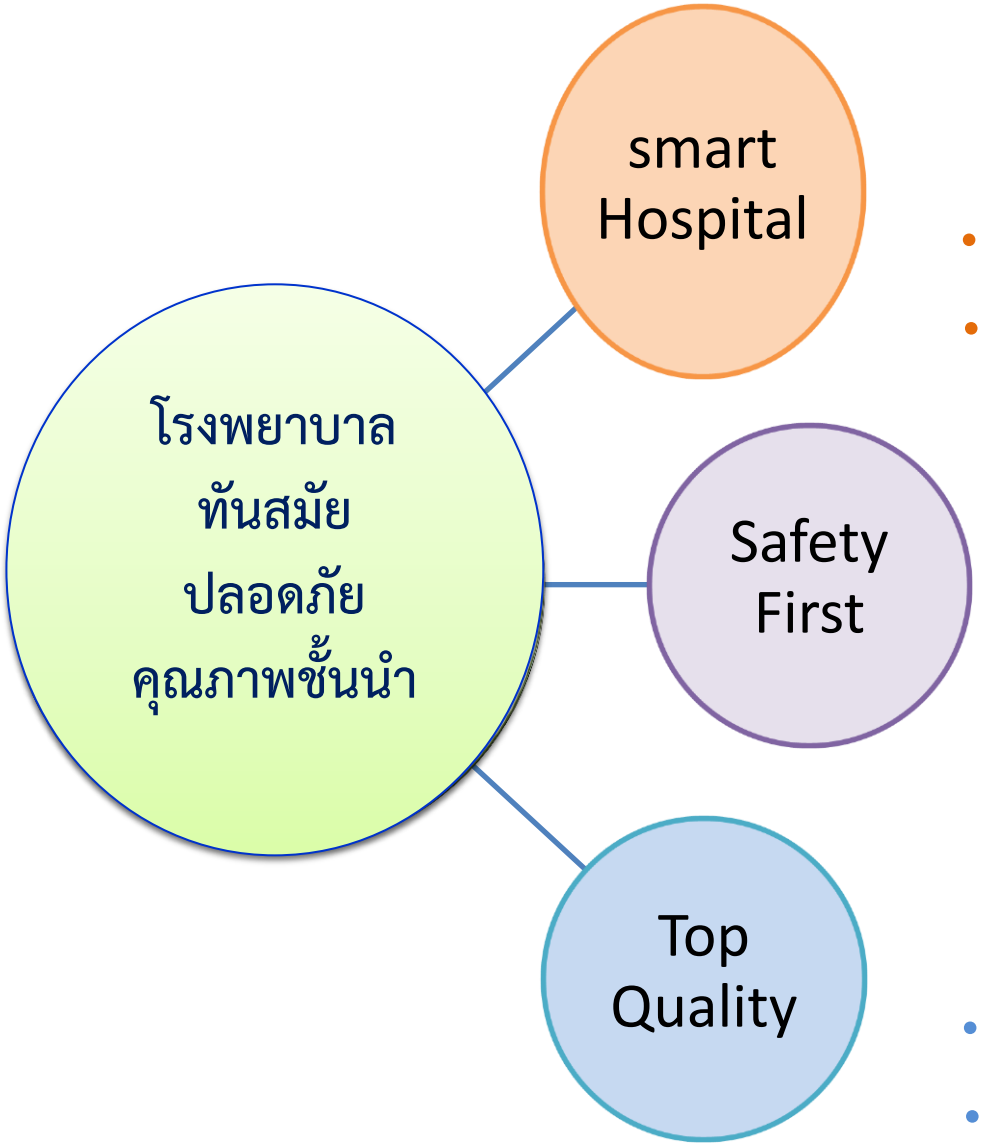
ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

3. Quality Hospital

นพ.เอกโชติ พีรธรรมานนท์ ประธาน คณะทำงานขับเคลื่อนฯ Quality Hospital
นางสาวถวิล ซำคง เลขานุการ คณะทำงานขับเคลื่อนฯ Quality Hospital

KPI	ตัวชี้วัดหลัก	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	
KPI 1	อัตราการเสียชีวิตของทารกที่มีอายุน้อยกว่า 7 วัน ด้วยภาวะ PPHN ลดลง 10% ต่อปี	รายเดือน	40	35	30	25	20	คุณถวิล
KPI 2	ร้อยละของผู้ป่วย Trauma level 1 ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที (Door to OR) >80 %	รายเดือน	10.42	>80	>80	>85	>90	คุณสุพรรณวดี
KPI 3	ร้อยละของบุคลากรใน รพ. กลุ่มอายุ 50-60 ปี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณ	รายไตรมาส	NA	>80	>85	>90	>95	คุณสมพร
KPI 4	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ภาพรวม) - Pneumonia - TB - Sepsis	รายเดือน	25.36	25	20	15	10	คุณลาวัลย์
KPI 5	ร้อยละของผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ลดลง 10%	รายเดือน	6.84	6.15	5.50	5.00	4.50	คุณปนัดดา
KPI 6	ร้อยละของผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญที่มีเครื่องมือสำคัญจำเป็นไม่เพียงพอ	รายเดือน	NA	15	10	5	0	คุณถวิล

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล



- 3 แผนงาน
- 6 โครงการ
- 7 ตัวชี้วัดหลัก
- 6 ตัวชี้วัดย่อย

- 4 แผนงาน
- 8 โครงการ
- 8 ตัวชี้วัดหลัก
- 36 ตัวชี้วัดย่อย

- 4 แผนงาน
- 4 โครงการ
- 6 ตัวชี้วัดหลัก
- 5 ตัวชี้วัดย่อย

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

1. Smart Hospital (3 แผนงาน 6 โครงการ 7 ตัวชี้วัดหลัก 6 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ 2564	KPI	ตัวชี้วัดหลัก/ค่าเป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ	
					ปี 2563 (Baseline Data)	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
1. พัฒนา Digital structure	1.พัฒนาและปรับปรุงสถาปัตยกรรมองค์กรและโครงสร้างพื้นฐาน (Smart look)	KPI 1	ผ่านเกณฑ์ดำเนินงานของ GREEN & CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และ Digital Look	รายปี	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	คุณศิริพร ศรนารายณ์	ประธาน
	2. พัฒนาระบบ HIS	KPI 2	ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ กิจกรรม ปี 2564 1. มีการเชื่อมโยงค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ HIS อัตโนมัติ 2. พัฒนาระบบนัดเหลื่อมเวลาร่วมกับการออกคิวนัดล่วงหน้า 3. มีตู้ Kios ตรวจสอบสิทธิ์เพียงพอ 4. มีกลไกในการปฏิบัติงานกับข้อมูลส่วนสุขภาพได้อย่างปลอดภัย (ตามพรบ. Cyber) 5. มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ให้การรักษา (ยา, LAB & X-ray, Dx, การนัดหมาย, การตรวจร่างกาย) 6. มีการซักประวัติและบันทึกการให้การบริการทางการพยาบาลผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ กิจกรรมปี 2565 3.7 มีช่องทางเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบออนไลน์ 3.8 มีระบบ e-payment และ/หรือ ตู้จ่ายและทอนเงินอัตโนมัติ	รายไตรมาส		ผ่าน 6	ผ่าน 2			คุณณิรุต เอี่ยมสำอางค์	ประธาน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

1. Smart Hospital (3 แผนงาน 6 โครงการ 7 ตัวชี้วัดหลัก 6 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ 2564	KPI	ตัวชี้วัดหลัก/ค่าเป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ	
					ปี 2563 (Baseline Data)	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
1. พัฒนา Digital structure	3. พัฒนาทักษะบุคลากรด้านดิจิทัล	KPI 3	ร้อยละของบุคลากรแต่ละระดับผ่านเกณฑ์การใช้โปรแกรม HOSXP 1. User 2. Super User 3. PM 4. Admin	รายไตรมาส		>80	85	90	100	คุณณิรุต เอี่ยมสำอางค์	ประธาน
2. ลดความหนาแน่นโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	4. ลด walk in ผู้ป่วย OPD รพช. /PCC,PCU	KPI 4	ร้อยละของผู้ป่วยนัด ที่มาตามระบบรับนัดของศูนย์ประสานรับนัด OPD	รายไตรมาส		70/50	80/60	90/70	100/100	คุณทิพาพร มณีใส	ประธาน
	5. ลดหนาแน่นผู้ป่วยนัด OPD รพช. /PCC,PCU	KPI 5	ร้อยละของผู้ป่วย NCDs ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการส่งกลับ	รายไตรมาส		70/50	80/60	90/70	100/100	คุณทิพาพร มณีใส	ประธาน
		KPI 6	ระดับความสำเร็จของการดูแลสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล	รายไตรมาส		≥ 4 คู่	≥ 6 คู่	≥ 8 คู่	≥ 10 คู่	นพ.เท็น	ประธาน
3.พัฒนาระบบเครือข่ายเกื้อกูลไร้รอยต่อ	6. ลดความหนาแน่นของหน่วยงานพิเศษโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	KPI 7	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 1,2 อยู่ใน ER ไม่เกิน 2 ชม.	รายไตรมาส	53.83	>60	>65	>70	>75	คุณปัทมา โมลี	ประธาน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
1. โครงการปรับปรุงอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน	1. ปรับปรุงระบบระบายอากาศ 1) หอผู้ป่วยแยกโรคสามัญและวิกฤต ที่พร้อมรับผู้ป่วยติดเชื้อ AP, DP 2) ห้องแยกโรคท้าย Ward อายุรกรรม ชาย 2, หญิง 2 3) แผนกทันตกรรม 4) ห้องตรวจ OPD ENT	KPI 1	ร้อยละของพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และพื้นที่บริการที่มีผู้ป่วยหนาแน่น มีการหมุนเวียนของอากาศตามมาตรฐาน	ราย 6 เดือน	NA	70	80	90	100	นพ.ณัฐพงษ์	ประธาน Safety
2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE	2. สนับสนุนและเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล	KPI 2	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	รายไตรมาส	NA	65	70	75	80	คุณโสภา	ประธาน Safety

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE	3. กำหนดนโยบายความปลอดภัยที่เป็นเป้าหมายเดียวกันทั่วทั้งองค์กร ดังต่อไปนี้ (1) Hand hygine (2) Preventable ADE ได้แก่ แพ้ยาซ้ำ และ Fatal DI (3) Identification (4) PCK MEWS (5) TB ในบุคลากร (6) Diagnostic error	KPI 3	ร้อยละของตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามนโยบายบรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด 1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)/1000 วันนอน (ปี63 = 2.31) 2. อัตราการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง (ปี63 = 93.71) 3. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ (ปี63 = 2) 4. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคู่ Fatal DI (ปี63 = 0) 5. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การระบุตัวผิดพลาด (ปี63 = 12) 6. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ Un plan ICU (ปี63 = 186) 7. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ Un plan CPR (ปี63 = 80) 8. จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคในระหว่างปฏิบัติงานรายใหม่ (ปี63 = 7) 9. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาด (ภาพรวม) (ปี63 = 1)	ราย ไตรมาส	66.67	70	75	80	85	พญ.ปริยชาติ์	ประธาน Safety
	4. Zero defect start up	KPI 4	ร้อยละของระบบงานสำคัญที่สามารถบริหารจัดการ defect ที่กำหนดให้เป็น Zero ได้	ราย ไตรมาส	NA	50	60	70	80	พญ.ปริยชาติ์	ประธาน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE	5. Key process เพื่อความปลอดภัยตามมาตรฐาน SIMPLE	KPI 5	ร้อยละของตัวชี้วัด SIMPLE ที่บรรลุเป้าหมาย	ราย	12	70	75	80	85	พญ.ปริยชาติ์	ประธาน
			5.1 จำนวนครั้งของการเกิดุบัติการณ์การผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดข้าง (รวม) (ปี63 = 0)	ไตรมาส	0	0	0	0	0		
			5.2 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I,II (ปี63 = 1)		1	0	0	0	0		
			5.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ไดรับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมง หลังการถอดท่อช่วยหายใจ (ปี63 = 0.17%)		0.17	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1		
			5.4 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการความไม่ปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด (ปี63 = 38)		38	15	10	5	0		
			5.5 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากสาเหตุความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วนของทีม (ปี63 = 22)		22	15	10	5	0		
			5.6 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม) (ปี63 = 7.76)	ราย ไตรมาส	7.76	<5	ลดลง	ลดลง	ลดลง	พญ.ศันสนีย์	ประธาน
			5.7 อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม) (ปี63 = 1.75)		1.75	<1.5	ลดลง	ลดลง	ลดลง		
			5.8 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (ปี63 = 1.25)		1.25	<1	ลดลง	ลดลง	ลดลง		
			5.9 อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดทั้งหมด (ภาพรวม)(ปี63 = 1.88)		1.88	<1.5	ลดลง	ลดลง	ลดลง		

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE			5.10 จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ Airbone ในระหว่างปฏิบัติงาน (รวม) (ปี63 เฉพาะ TB = 7)	รายไตรมาส	7	0	0	0	0	พญ.ศันสนีย์	ประธาน
			5.11 จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อหรือเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในระหว่างปฏิบัติงาน (ปี63 = 4)		4	0	0	0	0		
			5.12 จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ Doplet ในระหว่างปฏิบัติงาน (รวม) (ปี63 = 0)		0	0	0	0	0		
			5.13 จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ Contact ในระหว่างปฏิบัติงาน (รวม) (ปี63 = 0)		0	0	0	0	0		
			5.14 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (ปี63 = 7)	รายไตรมาส	7	0	0	0	0	นพ.อัญชนะ	ประธาน
			5.15 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ด้านยาชนิดป้องกันได้ (Preventable ADE) (ปี63 = 7)		7	0	0	0	0		
			5.16 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา LASA (ปี63 = 7)		7	0	0	0	0		
			5.17 Prescribing error OPD/IPD	รายไตรมาส	32.8/ 0.7	26.24 0.56	ลดลง 20%	ลดลง 20%	ลดลง 20%	นพ.อัญชนะ	ประธาน
			5.18 Transcribing error OPD/IPD		12.8/ 5.6	10.24 4.48					
			5.19 Predispensing error OPD/IPD		12.1/ 3.1	9.68 2.48					
			5.20 Dispensing error OPD/IPD		0.3/ 4.7	0.24 3.76					
			5.21 Administration error OPD/IPD		0.01/ 2.6	0.008 2.08					

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE			5.22 ร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดคลาดเคลื่อนจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (ปี63 = 0)	รายไตรมาส	0	0	0	0	0	นพ.อดิสรณ์	ประธาน
			5.23 ร้อยละของการอาการไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (ปี63 =0.07)		0.07	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05		
			5.24 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดคลาดเคลื่อน ของการรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย (ปี63 = 80)	รายไตรมาส	80	<70	<60	<50	<40	หัวหน้าพยาบาล	ประธาน
			5.25 อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเสี่ยง (ปี63=0.29)		0.29	0.2	0.2	0.2	0.2		
			5.26 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม (ปี63 = 11)		11	<10	<5	<5	<5		
			5.27 ร้อยละของผู้ป่วย palliative ที่ได้รับการประเมิน PS และจัดการความปวดอย่างเหมาะสม (ปี63 = 81.38)		81.38	85	90	95	>95		
			5.28 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อหรือส่งต่อได้ในช่วงเวลาไม่เหมาะสม (ปี63 =3)		3	<2	<2	<2	<2		
			5.29 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ (ปี63=1)		1	0	0	0	0		

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
2. พัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นและมาตรฐาน SIMPLE			5.30 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (ปี63 = 66)	ราย ไตรมาส	66	60	50	40	30	นพ.อดิสรณ์	ประธาน
			5.31 ร้อยละของการรายงานค่า Lab วิกฤตครบถ้วนทันเวลา (ปี63 = 86.14)		86.14	90	95	99	99		
			5.32 อัตราการเกิดอุบัติการณ์การรายงานทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด (ปี63 = 0.006)		0.006	0.005	0.004	0.003			
			5.33 อัตราการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ซ้ำ (ปี63 = 5.37)		5.37	5	4	3	≤2		
			5.34 ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 1 และ 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (ปี63 = 53.7)	ราย ไตรมาส	53.7	90	70	80	90	รองแพทย์	ประธาน
			5.35 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะฉุกเฉินที่ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (ปี63 =)		NA	0	0	0	0		
			5.36 อัตราการคัดกรองผิดพลาดคลาดเคลื่อน (ปี63 =)	ราย ไตรมาส	0.1	0	0	0	0	พญ.จุฑามาส/ คุณสุพรรณวดี	ประธาน
3. พัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญด้วยหลักคิดการบริหารจัดการความเสี่ยง และการใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา	6. Lean management concept ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และระบบงาน	KPI 6	ร้อยละของหน่วยงานที่มีนวัตกรรมจากแนวคิดของ Lean concept	รายปี	NA	80	85	90	95	นพ.จิรายุ	ประธาน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

2. Safety Hospital (4 แผนงาน 8 โครงการ 8 ตัวชี้วัดหลัก 36 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)						
					2563	2564	2565	2566	2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
3. พัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญด้วยหลักคิดการบริหารจัดการความเสี่ยง และการใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา	7. การพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ	KPI 7	ค่า SV30 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	รายเดือน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	คุณศิริพร ศรนารายณ์	ประธาน
4. พัฒนารูปแบบการกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานของระบบงานสำคัญ	8. จัดทำ KPI Monitoring & Evaluation ภาพรวมองค์กร/ระบบงาน/หน่วยงาน และกำหนดกลวิธีในการติดตาม	KPI 8	HA scoring guideline ≥ 3.5	รายปี	2.5	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 3.5	คทง. ขับเคลื่อน Safety first	ประธาน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

3. Quality Hospital (4 แผนงาน 4 โครงการ 6 ตัวชี้วัดหลัก 5 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ 2564	KPI	ตัวชี้วัดหลัก/ค่าเป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ	
					ปี 2563 (Baseline Data)	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
1. พัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์	1. พัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ทารกแรกเกิด และ Trauma	KPI 1	อัตราการเสียชีวิตของทารกที่มีอายุน้อยกว่า 7 วัน ด้วยภาวะ PPHN ลดลง 10% ต่อปี	รายเดือน	40%	35%	30%	25%	20%	คุณถวิล	ประธาน
		KPI 2	ร้อยละของผู้ป่วย Trauma level 1 ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที (Door to OR) >80 %	รายเดือน	10.42	>80	>80	>85	>90	คุณสุพรรณวดี	ประธาน
2. พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	2. พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	KPI 3	ร้อยละของบุคลากรใน รพ. กลุ่มอายุ 50-60 ปี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณ	รายไตรมาส	NA	>80	>85	>90	>95	คุณสมพร	ประธาน
3. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ	3. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ	KPI 4	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ภาพรวม)	รายเดือน	25.36	25	20	15	10	คุณลาวัลย์	ประธาน
			4.1 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Pneumonia 4.1.1 CAP 4.1.2 HAP 4.1.3 VAP (นอก ICU) 4.1.4 VAP (ใน ICU)	รายเดือน	25.69 NA NA 7.6 (ใน+นอก)	ลดลง 10% <10:พันวัน Ventilator	ลดลง 10% <10:พันวัน Ventilator	ลดลง 10% <10:พันวัน Ventilator	ลดลง 10% <10:พันวัน Ventilator	วนิดา/ลาวัลย์	ประธาน
			4.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย TB	รายเดือน	8.6	ลดลง 10%	ลดลง 10%	ลดลง 10%	ลดลง 10%	คุณพรพิมล ห้อยระย้า	ประธาน
			4.3 จำนวนบุคลากรติดเชื้อ TB	รายเดือน	9	0	0	0	0	คุณพรพิมล ห้อยระย้า	ประธาน

ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2564 - 2567

3. Quality Hospital (4 แผนงาน 4 โครงการ 6 ตัวชี้วัดหลัก 5 ตัวชี้วัดย่อย)

แผนงาน	โครงการ 2564	KPI	ตัวชี้วัดหลัก/ค่าเป้าหมาย	การรายงาน	ค่าเป้าหมาย (%)					ผู้รับผิดชอบ	
					ปี 2563 (Baseline Data)	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับ
3. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ	3. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ		4.4 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Sepsis 4.4.1 ในชุมชน 4.4.2 ในโรงพยาบาลจำแนกรายสาขา	รายเดือน	51.35 NA	ลดลง10% ลดลง10%	ลดลง10% ลดลง10%	ลดลง10% ลดลง10%	ลดลง10% ลดลง10%	คุณพนมกร	ประธาน
			4.5 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย DHF (Preventable Dead)	รายเดือน	0	0	0	0	0	คุณประภาพรรณ	ประธาน
4. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ	4. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ	KPI 5	ร้อยละของผู้ป่วย เกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ลดลง 10%	รายเดือน	6.84	6.15	5.50	5.00	4.50	คุณปนัดดา	ประธาน
		KPI 6	ร้อยละของผู้ป่วย เกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญที่มีเครื่องมือสำคัญจำเป็นไม่เพียงพอ	รายเดือน		15	10	5	0	คุณถวิล	ประธาน