ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2559 – 2563

ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2559

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่นฉบับนี้ นับเป็น “ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2559” ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขหลังจากที่มีการประเมินสัมฤทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ดำเนินการในปีงบประมาณ 2560-2563

ดังนั้น เอกสารฉบับนี้ นับว่ามีความสมบูรณ์มากขึ้นตามลำดับ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลขอนแก่นบรรลุวิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดว่า “ภายใน 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม”

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะสามารถเป็นเครื่องมือให้ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่าย ใช้เป็นเข็มทิศเพื่อก้าวเดินไปพร้อมๆกัน ภายใต้การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มุ่งสู่ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง หากมีข้อเสนอแนะประการใดที่เป็นประโยชน์ กรุณาชี้แนะได้ที่กลุ่มงาน นโยบายและยุทธศาสตร์ คณะผู้จัดทำยินดีรับคำชี้แนะเพื่อแก้ไขปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น

ขอขอบคุณ
กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น
ตุลาคม 2559

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	1
สารบัญ	2
บทสรุปผู้บริหาร	5
บทที่ 1 ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559-2563 (2020)	10
1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม สมรรถนะหลักองค์กร และประเด็นยุทธศาสตร์	11
1.1 วิสัยทัศน์ (Vision)	11
1.2 พันธกิจ (Mission)	12
1.3 สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)	13
1.4 ค่านิยม (Core value)	13
1.5 ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	13
1.6 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	13
1.7 กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น	14
2 แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด	15
2.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) “สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ” (Empowerment of Primary Care)	15
2.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพ” (Service Excellence Care Upgrading to Better Service)	16
2.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 People Excellence (PE) “คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)	21
2.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล”(Governance Excellence)	22
บทที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (Template)	**22**
1. ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	23
2. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น	24
3. ระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	25
4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	26
5. ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ.ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง	27

6. ร้อยละของผู้ป่วยRefer in ที่ไม่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7 28
7. ระยะเวลารอคอย 29
7(1) ระยะเวลารอคอย OPD ลดลง
7(2) ร้อยละผู้ป่วย ER ที่ไม่ได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด(ทุกกลุ่ม) 29
7(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Door to OR) (โรคที่กำหนด) 31
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS) 32
9. อัตราครองเตียง 33
9(1) อัตราครองเตียงรวม
9(2)อัตราครองเตียงห้องพิเศษ 33
10. ค่า CMI 34
11. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 35
11(1) ผู้ป่วยนอก
11 (2) ผู้ป่วยใน 36
12. อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ 37
12 (1) ผู้ป่วยนอก
12 2) ผู้ป่วยใน 37
13. ระดับความสำเร็จของการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามเป้าหมาย (5 Excellence) 38
14. ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planทุกสาขา (สาขาละ 1 KPI) 39
15. ร้อยละตัวชี้วัดคุณภาพ (HA) ที่ผ่านเกณฑ์ 41
15 (1) Zero Defect 41
15 (2) ตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (THIP II) 42
16. ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ 44
17. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate) 45
18. แผนกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล 46
18 (1) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (HRP)
18 (2)ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (HRD) 47
18 (3) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 48
19. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้ 49

20. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ 50
21. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้ 51
22. ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย 52
23. ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร 53
24. อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน 54
24 (1) ผู้ป่วยนอก
24 (2) ผู้ป่วยใน 55
25. ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน) 56
26. ร้อยละหน่วยงานมีการจัดวางระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ 57
27. ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (ได้ระดับ 5 ทั้ง 3 ด้าน) 58
28. ร้อยละของระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time) 59
29. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม 61
30. จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล 62
ภาคผนวก 63
1) กรอบแนวคิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 64
2) ขั้นตอนการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ *2559- 2563* 65
3) ปฏิทิน**การจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563** 66
3.1 **ปฏิทินการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์** (ต้นฉบับ) 66
3.2 ปฏิทินการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) 67
3.3 กรอบการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) 68
4) สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ และการนำสู่การปฏิบัติ 69
แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลขอนแก่นแผนปฏิบัติการ 70
แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลขอนแก่น 71
คณะผู้จัดทำ 72

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

"แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 – 2563 ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 ณ เดือนตุลาคม 2559" เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการประชาพิจารณ์จากผู้ปฏิบัติครอบคลุมทุกหน่วยงาน โดยทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลขอนแก่นบรรลุวิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดว่า "ภายใน 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม" เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ระหว่างสาขาวิชาชีพ ระหว่างบริการแต่ละระดับ แบบบูรณาการและเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ปีงบประมาณ 2559 ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2559 เพื่อให้มีการทบทวน ปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และให้มีการบูรณาการร่วมกับนโยบายหน่วยเหนือ สรุปได้ ดังนี้

1. ประเด็นยุทธศาสตร์และจุดเน้นการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 – 2563 ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1

ประเด็นยุทธศาสตร์	ด้าน	จุดเน้นการพัฒนา
1. Prevention & Promotion Excellence (PPE) "สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ" (Empowerment of Primary Care)	1. PCC ได้มาตรฐาน เพิ่มขึ้น 2. สัดส่วนผู้ใช้บริการ CUP: แม่ข่าย เพิ่มขึ้น 3. การพัฒนา DHS เชื่อมโยงปฐมภูมิ เพิ่มขึ้น 4. Long Term Care เพิ่มขึ้น	**ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน**
2. Service Excellence (SE) "ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพ"(Service Excellence Care Upgrading to Better Service)	5.Refer out ลดลง 6.Refer in ไม่เหมาะสม ลดลง 7.ระยะเวลารอคอย (OPD/ER/OR) ลดลง 8.WTLOS ลดลง 9.อัตราครองเตียง ลดลง 10.CMI เพิ่มขึ้น 11.ความสมบูรณ์เวชระเบียน เพิ่มขึ้น 12.ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ เพิ่มขึ้น 13.ความสำเร็จยกระดับ 5EC 1+/1 14.ความสำเร็จของ SP 15. KPI HAผ่านเกณฑ์ เพิ่มขึ้น (Zero Defect/ THIP II) 16. เครื่องมือแพทย์เพียงพอ-พร้อมใช้	▪ **ระยะเวลารอคอย (OPD/ER/OR) ลดลง** ▪ **อัตราตายลดลง ตามตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (THIP II)**
3. People Excellence (PE) "คนเก่ง ดี มีความสุข" (People Excellence)	17.Loss rate 18.HRP/HRD 19.Happy Work place Index 20.Happy Work Life Index 21.Core Values Implement (MOPH/KKH)	**ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ. "KKH" ไปใช้**

ประเด็นยุทธศาสตร์	ด้าน	จุดเน้นการพัฒนา
4. Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล”(Governance Excellence)	22.ส่วนต่างรายได้จากเป้าหมาย ลดลง 23.ระดับการเงินองค์กร 24.ต้นทุนต่อหน่วย (OPD/IPD) 25.การใช้พลังงานลดลง 26.ระบบควบคุมภายใน 27.ระบบธรรมาภิบาล 28.ระบบ IT (Down time) 29.ระบบจัดซื้อจัดจ้าง 30.ผลงานวิจัย/R2R ที่เผยแพร่	**ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล**

2. ระดับตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 – 2563 ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1

ระดับตติยภูมิ (1°)	ระดับทุติยภูมิ, ตติยภูมิ, เชี่ยวชาญ (2°,3° ,Exc)	ทุกระดับ (ปฐมภูมิ, ทุติยภูมิ, ตติยภูมิ, เชี่ยวชาญ)
1. ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 2. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น 3. ระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ 4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	5. ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ.ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง 6. ร้อยละของผู้ป่วยRefer in ที่ไม่เหมาะสม ในเขตสุขภาพที่ 7 7. ระยะเวลารอคอย OPD ER OR 8. ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS) 9. อัตราครองเตียงรวม,ห้องพิเศษ 10. ค่า CMI 11. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 12. อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 13. ระดับความสำเร็จของการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามเป้าหมาย (5 Excellence) 14. ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planทุกสาขา(สาขาละ 1 KPI) 15. ร้อยละตัวชี้วัดคุณภาพ (HA) ที่ผ่านเกณฑ์ (Zero Defect ,THIP II) 16. ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ	17. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate) 18. การพัฒนา HRP HRD และบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ 19. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้ 20. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ 21. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของรพ.“KKH” ไปใช้ 22. ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย 23. ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร 24. อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 25. ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน) 26. ร้อยละหน่วยงานมีการจัดวางระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ 27. ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (ได้ระดับ 5 ทั้ง 3 ด้าน) 28. ร้อยละของระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time) 29. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม 30. จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล

3. ผลการดำเนินงานขององค์กรตามมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัด
IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)	14. ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planทุกสาขา(สาขาละ 1 KPI) 15. ร้อยละตัวชี้วัดคุณภาพ (HA) ที่ผ่านเกณฑ์ (Zero Defect ,ตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (THIP II))
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	12 อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน)
IV-3 ผลด้านการเงิน	22. ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย 23. ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร 24. อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน)
IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล	9(2)อัตราครองเตียงห้องพิเศษ 17. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate) 18. การพัฒนา HRP HRD และบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 21. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้ 30. จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล
IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	7. ระยะเวลารอคอย OPD ER OR 8. ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS) 9. อัตราครองเตียง 11. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 25.ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน) 26.ร้อยละหน่วยงานมีการจัดวางระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ 27.ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (ได้ระดับ 5 ทั้ง 3 ด้าน) 28.ร้อยละของระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time) 29.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
IV-6 ผลด้านการนำ	1. ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 2. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น 3. ระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ 4. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ 5. ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ.ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง 6. ร้อยละของผู้ป่วยRefer in ที่ไม่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7 10. ค่า CMI 13. ระดับความสำเร็จของการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามเป้าหมาย (5 Excellence) 16. ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ

มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัด
IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	19. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้ 20.ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้

4. การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และแผนยุทธศาสตร์

รายเดือน (18 ตัวชี้วัด)	รายไตรมาส (2 ตัวชี้วัด)	ราย 6 เดือน (4 ตัวชี้วัด)	รายปี (6 ตัวชี้วัด)
2. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น 5. ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ.ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง 6. ร้อยละของผู้ป่วยRefer in ที่ไม่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7 7.ระยะเวลารอคอย OPD ER OR 8.ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS) 9. อัตราครองเตียง 10.ค่า CMI 11.ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 12 อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 15. ร้อยละตัวชี้วัดคุณภาพ (HA) ที่ผ่านเกณฑ์ (Zero Defect , ตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (THIP II)) 16 ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ 17 อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate) 22. ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย 23. ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร 24. อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน (ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน) 25.ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน) 28. ร้อยละของระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time) 29. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	4.ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ 21. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้	3.ระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ 14. ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planทุกสาขา (สาขาละ 1 KPI) 26. ร้อยละหน่วยงานมีการจัดวางระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ 27. ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (ได้ระดับ 5 ทั้ง 3 ด้าน)	1.ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน 13. ระดับความสำเร็จของการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามเป้าหมาย (5 Excellence) 18. การพัฒนา HRP HRD และบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 19. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้ 20.ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ 30. จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล

5. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 – 2563

<table>
<tr><th colspan="3">ภายในปี 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม</th></tr>
<tr><td>➢ ชั้นนำ</td><td>จัดอยู่อันดับ 1 ใน 5 เมื่อเทียบ (Benchmarking) หรือจัดอันดับ (Ranking) โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 33 แห่ง และเป็นต้นแบบหรือเป็นสถานที่ศึกษาดูงานระดับประเทศอย่างน้อย 5 ด้าน</td><td rowspan="3">ระดับความสำเร็จของการบรรลุวิสัยทัศน์
■ ผลการดำเนินงานมากกว่า 80% → ระดับ A
■ ผลการดำเนินงาน 70%- 79% → ระดับ B
■ ผลการดำเนินงาน 60%- 69% → ระดับ C
■ ผลการดำเนินงาน 50%- 59% → ระดับ D
■ ผลการดำเนินงานน้อยกว่า 50%→ ระดับ F</td></tr>
<tr><td>➢ คุณภาพ</td><td>ผลการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด16 ตัว) ได้แก่
○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE)
○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (SE)</td></tr>
<tr><td>➢ คุณธรรม</td><td>ผลการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด 14 ตัว) ได้แก่
○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (PE)
○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE)</td></tr>
</table>

บทที่ 1
ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2560 - 2563 (2020)

บทที่ 1 ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2560 - 2563 (2020)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับตติยภูมิ หรือ ระดับ A (Advance - Level Referral Hospital) เป็นแม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม (ร้อยแก่นสารสินธุ์) ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ มีความเชี่ยวชาญในระดับบริการตติยภูมิและสาขาย่อย (Subspecialty Level Referral Hospital) ครอบคลุมทุกสาขา รวมถึงมีศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent Center) 5 สาขา ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุสาขามะเร็ง สาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิด และสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

1. ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2560 - 2563 (2020)

1.1.วิสัยทัศน์ (Vision)

"ภายในปี 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม"

คำสำคัญ	นิยาม
โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ	หมายถึง โรงพยาบาลขอนแก่นจัดอยู่อันดับ 1 ใน 5 เมื่อเทียบ (Benchmarking) หรือจัดอันดับ (Ranking) กับโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (33 แห่ง) จากการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ สามารถเป็นต้นแบบหรือเป็นสถานที่ศึกษาดูงานระดับประเทศอย่างน้อย 5 ด้าน
คุณภาพ (Quality)	หมายถึง การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน มีต้นทุนการดำเนินงานที่เหมาะสม และลูกค้ามีความพึงพอใจ ▪ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่วัด**"คุณภาพ"** (ตัวชี้วัด16 ตัว) ได้แก่ ○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) ○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (SE) ▪ ค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพ ได้แก่ "บริการดี"
คุณธรรม (virtue)	ความหมายตามพจนานุกรมว่า "สภาพคุณงามความดี" หมายถึง หลักของความดี ความงาม ความถูกต้อง ซึ่งจะแสดงออกมาโดยการกระทำ ทางกาย วาจาและจิตใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นหลักประจำใจในการประพฤติปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเองผู้อื่น และสังคม ▪ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่วัด**"คุณธรรม"** (ตัวชี้วัด 14 ตัว) ได้แก่ ○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (PE) ○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE) ▪ ค่านิยมที่บ่งบอกถึง คุณธรรม ได้แก่ "สามัคคี ซื่อสัตย์"

1.2.พันธกิจ (Mission)

1. บริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและความเชี่ยวชาญระดับสูงให้เป็นแม่ข่ายเขตสุขภาพ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ
4. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

1.3.สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)

1. มีสมรรถนะในด้านบริการระดับตติยภูมิครอบคลุมทุกสาขา และความเชี่ยวชาญระดับสูง5สาขาได้แก่ สาขาอุบัติเหตุ สาขามะเร็ง สาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิดและสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพที่ *7*
2. มีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงกับระดับตติยภูมิในเครือข่ายบริการ
3. มีสมรรถนะด้านการศึกษาวิจัย การเรียนรู้ สร้างนวัตกรรม ทางด้านสาธารณสุข และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ แก่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขและประชาชน
4. มีสมรรถนะด้านการเรียนการสอนแพทยศาสตรศึกษา ร่วมผลิตและพัฒนาทั้งแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขา

1.4.อัตลักษณ์ หรือ ค่านิยมองค์กร (Core value)

ค่านิยม (Core value)กระทรวงสาธารณสุข*"MOPH"*	Mastery	Originality	Peoplecentered pproach	Humility
	เป็นนายตัวเอง	เร่งสร้างสิ่งใหม่	ใส่ใจประชาชน	ถ่อมตนอ่อนน้อม

ค่านิยม (Core value) โรงพยาบาลขอนแก่น*"บริการดี สามัคคี ซื่อสัตย์"*	
คำ	**ความหมาย**
บริการดี	หมายถึง การให้บริการภายใต้จิตสำนึก 1) ด้านพฤติกรรมบริการ :ดูแลผู้ป่วยดุจญาติพี่น้องใช้วาจาไพเราะ ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ 2) ด้านมาตรฐานวิชาชีพ : ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียน ให้บริการแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย
สามัคคี	หมายถึง ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยความรักและสามัคคีนำความรู้ ทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงานมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และมีความรับผิดชอบร่วมกัน

ซื่อสัตย์	หมายถึง ซื่อสัตย์ต่อการงาน และซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ 1) ซื่อสัตย์ ต่อการงาน หมายถึง ตรงต่อเวลา ปฏิบัติงานตามเวลาราชการที่กำหนด ทำงานด้วยความตั้งใจจริง มุ่งให้งานสำเร็จเกิดประโยชน์ ต่อส่วนรวม และรักษาผลประโยชน์ทางราชการ มีความสุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ 2) ซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ หมายถึง รู้บทบาทหน้าที่ของตนตามวิชาชีพและในงานที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมาย และทำตามหน้าที่ให้ดีที่สุด ต้องเอาใจใส่หน้าที่ จนงานสำเร็จเกิดผลดี ไม่ละทิ้งภาระหน้าที่กลางคัน หรือทิ้งภาระให้คนอื่น

1.5.ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

1. การยกระดับศักยภาพของศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงและตติยภูมิขั้นสูงทุกสาขาให้เข้มแข็งมีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถรองรับผู้ป่วยของเครือข่ายในเขตสุขภาพ
2. การสร้างความเข้มแข็งให้โรงพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะ Node เพื่อให้ส่งต่อผู้ป่วยได้เหมาะสม การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงทุกระดับอย่างไร้รอยต่อ
3. เสริมสร้างพลังให้หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนให้เข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้ สามารถดูแลประชาชนได้ทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล และมีประสิทธิภาพ
5. การจัดการทรัพยากรขั้นพื้นฐานขององค์กรให้เข้มแข็ง บุคลากรมีศักยภาพ เครื่องมือเพียงพอพร้องใช้ วางแผนและ บริหารอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.6.ประเด็นยุทธศาสตร์

1. Prevention & Promotion Excellence (PPE) “สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ”(Empowerment of Primary Care)
2. Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพ”(Service Excellence Care Upgrading to Better Service)
3. People Excellence (PE) “คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)
4. Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล”(Governance Excellence)

1.7 กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น

2. แผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด

2.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) “สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ” (Empowerment of Primary Care)

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	มาตรฐาน	ระดับ	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
1	ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	11.1% (1 แห่ง)	20% (2 แห่ง)	30% (3 แห่ง)	40% (4 แห่ง)	50% (5 แห่ง)	3	ก.เวชกรรมสังคม	-ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ขก.) -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -สสอ. -สสส. -พรส.	IV-6	1°	รายปี
2	สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น	78:22	80:20	80:20	80:20	80:20	2			IV-6	1°	รายเดือน
3	ระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	2			IV-6	1°	ราย6 เดือน
4	ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	30	50	100	100	100	3			IV-6	1°	รายไตรมาส

2.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพ”
(Service Excellence Care Upgrading to Better Service)

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ระดับ KPI	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
5	ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ. ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง	NA	10%	7.5%	5%	≤5%	3	ศูนย์ส่งต่อ	-กก. Service plan รพ.ขก -องค์กรแพทย์ -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -กลุ่มงานทางคลินิก -Service plan ทุกสาขา -CSOเขต/จังหวัด -พรส. -ก.นโยบายและยุทธศาสตร์ -ก.สารสนเทศทางการแพทย์ -ก.เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	IV-6	3°/Exc	รายเดือน
6	ร้อยละของผู้ป่วยRefer in ที่ไม่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7	21.97%	17.5%	15%	10%	<10%	2			IV-6	2°,3°	รายเดือน
7	ระยะเวลารอคอย 7(1) ระยะเวลารอคอย OPD ลดลง	181 นาที	<170	<165	<160	<155	2	PST OPD	-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -Q&S -องค์กรแพทย์ -ก.เทคนิคการแพทย์ -ก.พยาธิวิทยาฯ -ก.รังสีวิทยา -ก.สารสนเทศทางการแพทย์ -ประชาสัมพันธ์	IV-5	3°/Exc	รายเดือน
	7(2) ร้อยละผู้ป่วย ER ที่ไม่ได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด (ทุกกลุ่ม)						2	PST ER	-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -Q&S -องค์กรแพทย์ -ก.เทคนิคการแพทย์	IV-5	3°/Exc	รายเดือน
	▪ ผู้ป่วย KESI 1 ที่เกิน 60 นาที	26.41%	<20%	<20%	<20%	<20%						
	▪ ผู้ป่วย KESI 2 ที่เกิน 180 นาที	19.38%	<20%	<20%	<20%	<20%						

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ระดับ KPI	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
	■ ผู้ป่วย KESI 3,4 และ 5 (เฉลี่ย) ที่เกิน 240 นาที	7.89%	<10%	<10%	<10%	<10%			-ก.รังสีวิทยา			
	7(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Door to OR) (โรคที่กำหนด)						2	OR	-วิสัญญี -ER -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -Q&S -องค์กรแพทย์ -ก.เทคนิคการแพทย์ -ก.รังสีวิทยา -กก.ห้องผ่าตัด	IV-5	3°/Exc	รายเดือน
	■ Appendectmy (ICD 470) ภายใน 12 ชั่วโมง	56.15%	80%	80%	80%	80%						
	■ Stroke (I60-I698) ภายใน 8 ชั่วโมง	NA	80%	80%	80%	80%						
	■ STEMI (I210-I213) door to balloon ภายใน 90 นาที	77.56%	80%	80%	80%	80%						
	■ Head injury (S060- S0691) ภายใน 4 ชั่วโมง	64%	80%	80%	80%	80%						
8	ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS)	22.27%	≤20%	≤18%	≤16%	≤14%	2	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	-องค์กรแพทย์ -PCT -พรส/ก.สารสนเทศทางการแพทย์ -กก.พัฒนาห้องพิเศษ	IV-5	3°/Exc	รายเดือน
9	9(1) อัตราครองเตียง	115.87%	≤112	≤110	≤105	≤100	2			IV-5	3°/Exc	
	9(2) อัตราครองเตียงห้องพิเศษ	STD.=78.78% +รังสี=72.19%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	1.5			IV-4	3°/Exc	
10	ค่า CMI	1.99	2.00	2.02	2.04	≥2.05	3	พรส./ก.สารสนเทศทางการแพทย์	-องค์กรแพทย์ -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -ศูนย์ส่งต่อ -PCT -กก.Service plan -CSOเขต/จังหวัด -ก.นโยบายและยุทธศาสตร์ -ก.เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	IV-6	3°/Exc	รายเดือน

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ระดับ KPI	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
11	ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 11(1) ผู้ป่วยนอก	82.60%	87%	89%	90%	≥90%	2	พรส./ก.สารสนเทศทางการแพทย์	-กก.พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน -PST OPD/ ER -PCT -Auditor/Coder -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -ก.ประกันสุขภาพ	IV-5	3°/Exc	รายเดือน
	11 (2) ผู้ป่วยใน	81.56%	85%	90%	95%	≥95%	3					
12	อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ 12 (1) ผู้ป่วยนอก	86.97%	89%	90%	91%	92%	2	Q&S	-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -PST OPD/ ER -PCT -ก.สารสนเทศทางการแพทย์ -ก.บริหารทั่วไป -ก.ประกันสุขภาพ -ฝ่ายประชาสัมพันธ์	IV-2	3°/Exc	รายเดือน
	12 (2) ผู้ป่วยใน	90.1%	89%	90%	91%	92%	2					
13	ระดับความสำเร็จของการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ตามเป้าหมาย (5 Excellence)							กก. Service plan รพ.ขก	ก.นโยบายและยุทธศาสตร์ -องค์กรแพทย์ -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -ศูนย์ส่งต่อ -กลุ่มงานทางคลินิก -Excellence center/Service plan -CSOเขต/จังหวัด	IV-6	Exc	รายปี
	13 (1) สาขาหัวใจ	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	1.5					
	13 (2) สาขาอุบัติเหตุ	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	1.5					
	13 (3) สาขามะเร็ง	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	1.5					
	13 (4) สาขาทารกแรกเกิด	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	1.5					
	13 (5) สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	1.5					

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ระดับ KPI	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
	<u>ระดับความสำเร็จ</u> 1) วิเคราะห์ Gap 2) จัดทำแผนปิด Gap 3) ขับเคลื่อนตามแผน 4) มีความก้าวหน้า < 50% 5) มีความก้าวหน้า > 50%								-พรส. -ก.สารสนเทศทางการแพทย์			
14	ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service planทุกสาขา (สาขาละ 1 KPI)	NA	85%	90%	95%	≥95%	5	กก. Service plan	-ก.นโยบายและยุทธศาสตร์ -องค์กรแพทย์ -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล -ศูนย์ส่งต่อ -กลุ่มงานทางคลินิก -Excellence center/Service plan -CSOเขต/จังหวัด -พรส. -ก.สารสนเทศทางการแพทย์	IV-1	3°/Exc	ราย 6 เดือน
15	ร้อยละตัวชี้วัดคุณภาพ (HA) ที่ผ่านเกณฑ์							Q&S	-ก.สารสนเทศทางการแพทย์ -กก.ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด SIMPLE, Zero Defect,THIPII	IV-1	3°/Exc	ราย เดือน
	15 (1) Zero Defect	88.8%	100%	100%	100%	100%	3					
	15 (2) ตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (THIP II)	72%	≥85%	≥90%	≥95%	100%	5					
16	ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ	85%	>90%	>95%	>95%	95%	2	ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์	-กก.เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์	IV-5	3°/Exc	ราย เดือน

2.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (PE)“คนเก่ง ดี มีความสุข”(People Excellence)

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ระดับ KPI	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
17	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)	NA	4.50%	4.25%	4.0%	3.75%	2.5	ก.ทรัพยากรบุคคล	ทุกหน่วยงาน	IV-4	1°, 2° 3°,Exc	รายเดือน
18	18 (1) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (HRP)	NA	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	1.5	ก.ทรัพยากรบุคคล	-ทุกหน่วยงาน -Service plan	IV-4	1°, 2° 3°,Exc	รายปี
	18 (2)ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (HRD)	NA	ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5	2	HRD	-ทุกหน่วยงาน -Service plan	IV-4	1°,2° 3°,Exc	
	18 (3) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	NA	85%	>90%	>95%	>95%	3	HRD	-ทุกหน่วยงาน -Service plan	IV-4	1°, 2° 3°,Exc	
	<u>ระดับความสำเร็จ</u> 1) วิเคราะห์ Gap 2) จัดทำแผนปิด Gap 3) ขับเคลื่อนตามแผน 4) มีความก้าวหน้า < 50% 5) มีความก้าวหน้า > 50%											
19	ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้	NA	60	70	80	90	2	HRD/ สสส.	ทุกหน่วยงาน	IV-7	1°,2° 3°,Exc	รายปี
20	ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้	NA	60	70	80	90	2	HRD/ สสส.	ทุกหน่วยงาน	IV-7	1°,2° 3°,Exc	รายปี
21	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม (Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้	NA	60	70	80	90	2	พรส./HRD	-กก.ควบคุมภายใน -ประชาสัมพันธ์ -กนย. -ทุกหน่วยงาน	IV-4	1°,2° 3°,Exc	รายไตรมาส

2.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล” (Governance Excellence)

ลำดับ	รหัส/ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)				น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ระดับ KPI	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	Baseline	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	weight	Owner	Stakeholder	HA		
22	ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย	8.24%	≤9%	≤8%	≤7%	≤6%	2	ก.บัญชี	-กก.การเงินการคลัง -ก.การเงิน -ก.ประกันสุขภาพ -ก.พัสดุ -หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง	IV-3	1°,2° 3°,Exc	รายเดือน
23	ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร	ระดับ 2	≤ระดับ2				2					รายเดือน
24	อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน								-กก.การเงินการคลัง -ก.การเงิน -ก.ประกันสุขภาพ -ก.พัสดุ -หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง งานเวชระเบียน	IV-3	1°,2° 3°,Exc	รายเดือน
	24 (1) ผู้ป่วยนอก	23.58%	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยแต่มากกว่า 10%				1.5					
	24 (2) ผู้ป่วยใน	29.58%	ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยแต่มากกว่า 10%				1.5					
25	ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน)	140.42	≤140	≤135	≤130	≤125	2	UR/ก.โครงสร้างพื้นฐานฯ	-กก.สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย -ทุกหน่วยงาน	IV-6	1°,2° 3°,Exc	รายเดือน
26	ร้อยละหน่วยงานมีการจัดวางระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ	83.3%	85%	90%	95%	100%	2	กก.ควบคุมภายใน	ทุกหน่วยงาน (รพ.ขก+CUP)	IV-6	1°,2° 3°,Exc	ราย 6 เดือน
27	ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (ได้ระดับ 5 ทั้ง 3 ด้าน)	2 ด้าน	3 ด้าน	3 ด้าน	3 ด้าน	3 ด้าน	2	กก.ธรรมาภิบาล	ทุกหน่วยงาน (รพ.ขก+CUP)	IV-6	1°,2° 3°,Exc	ราย 6 เดือน
28	ร้อยละของระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time)	0.12%	0%	0%	0%	0%	1.5	กก.IM	-ทุกหน่วยงาน	IV-6	1°,2° 3°,Exc	รายเดือน
29	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	30.33%	20%	20%	25%	30%	1.5	กก.เวชภัณฑ์มิใช่ยา	-ก.พัสดุ -หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง	IV-6	1°,2° 3°,Exc	รายเดือน
30	จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล	4	10	10	10	10	2	กก.วิจัย	-Service plan -ทุกหน่วยงาน	IV-4	1°,2° 3°,Exc	รายปี

บทที่ 2
รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
(KPI Template)

บทที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (KPI Template)

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละ Primary Care Cluster (PCC) ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

นิยาม

คลินิกหมอครอบครัว(Primary Care Cluster : PCC)หมายถึงการรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิม หรือ จัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน ซึ่งการพัฒนา Primary care cluster เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “หมอประจำครอบครัว” ซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชากรประมาณ 10,000 คน จึงกำหนดให้ Primary care cluster 1 Cluster ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30 ,000 คน เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของหน่วยเครือข่าย: การจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก โดย 1 Cluster สามารถประกอบด้วย 1-3 ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่(ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ)เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ , การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ และครบถ้วนทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยโดยจัดให้มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งในแต่ละทีมประกอบด้วยบุคลากรโดยประมาณ ดังนี้

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/1 ทีม	จำนวนรวม /1 PCC
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1 : 10,000	1	3
2	ทันตแพทย์	1 : 30,000	-	1
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1 : 2,500	4	12
4	ทันตาภิบาล	1 : 10,000	1	3
5	เภสัชกร	1 : 30,000	-	1
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1 : 10,000	1	3
7	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1 : 5,000	2	6
8	แพทย์แผนไทย	1 : 10,000	1	3
9	กายภาพบำบัด	1 : 30,000	-	1

ที่มา : คู่มือการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ, กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
20%	30%	40%	50%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการในเครือข่าย CUP โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการรายงาน แบบประเมินมาตรฐาน PCA

รายการข้อมูล 1 A = จำนวน PCC ที่ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

รายการข้อมูล 2 B = จำนวน PCC ที่ควรมีตามจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน
1	1.00 – 4.99	1.00 – 7.99	1.00 – 10.99	1.00 – 12.99
2	5.00 – 9.99	8.00 – 14.99	11.00 – 20.99	13.00 – 25.99
3	10.00 – 14.99	15.00 – 21.99	21.00 – 30.99	26.00 – 38.99
4	15.00 – 19.99	22.00 – 29.99	31.00 – 39.99	39.00 – 49.99
5	≥20	≥30	≥40	≥50

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥20	≥30	≥40	≥50
ไม่ผ่าน	‹20	‹30	‹40	‹50

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวบรวมผลการประเมิน ตามเกณฑ์มาตรฐาน PCC
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายงานปีละ 1 ครั้ง
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุม CUP Board
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-336789 ต่อ 1184
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ขก.)/สสอ.

ตัวชี้วัดที่ 2 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น

นิยาม

ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในที่นี้เป็นผู้ป่วยนอกทั่วไป (GP)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งในเขตเทศบาลนครขอนแก่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 4 มุมเมือง ได้แก่ ศูนย์แพทย์มิตรภาพ วัดหนองแวง ประชาสโมสร และชาตะผดุง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตชนบท ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เน้นบริการสุขภาพในพื้นที่เชิงรุก (18 แห่ง)

โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลขอนแก่น

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
80:20	80:20	80:20	80:20

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น รพ.สต และ ศสม.
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนครั้ง (Visit) การใช้บริการของผู้ป่วยที่ รพ.สต./ศสม.
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้ง (Visit) การใช้บริการของผู้ป่วยที่รพ.แม่ข่าย (ผู้ป่วย GP)
รายการข้อมูล 3	C = (จำนวนครั้งการใช้บริการของผู้ป่วยที่ รพ.สต./ศสม.) + (จำนวนครั้งการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่รพ.แม่ข่าย (ผู้ป่วย GP))
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/C): (B/C)

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<75 : >25	<75 : >25	<75 : >25	<75 : >25
1	76: 24	76: 24	76: 24	76: 24
2	77: 23	77: 23	77: 23	77: 23
3	78 : 22	78 : 22	78 : 22	78 : 22
4	79: 21	79: 21	79: 21	79: 21
5	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20
ไม่ผ่าน	< 80 : > 20	< 80 : > 20	< 80 : > 20	< 80 : > 20

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายงานเดือนละ 1 ครั้ง
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุม CUP Board
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โทร. 043-336789 ต่อ 3821 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-336789 ต่อ 1184
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ขก.)/สสอ./ศสม./รพ.สต./ศูนย์เทศบาล/สสส./กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ 3 ระดับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

นิยาม

อำเภอ หมายถึง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

District Health System (DHS) หมายถึงระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งมีการทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชนโดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูเข้าด้วยกันเกิดการผสมผสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต./ศสม. และชุมชนบูรณาการกันได้อย่างเป็นระบบไม่มีช่องว่าง ไม่ซ้ำซ้อน โดยใช้เครือข่าย พบส. พี่ช่วยน้อง น้องช่วยพี่ พี่น้องช่วยกันที่มีการบริหารจัดการคน เงิน ของและงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบสุขภาพอำเภอจึงเป็นการมองสุขภาพในมุมที่กว้างและเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคีในเครือข่ายและนอกเครือข่ายสาธารณสุขเพื่อมุ่งสู่การเป็นอำเภอสุขภาพดี

ระบบบริการปฐมภูมิหมายถึง บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวมและต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุก และเชิงรับ เพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพ ที่บ้านและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิอย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (Catchmentpopulation) และผู้ให้บริการเป็นทีมสุขภาพ เพื่อให้บริการปฐมภูมิมีคุณภาพตามมาตรฐาน PCA

ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

คุณภาพDHSหมายถึงเครือข่ายบริการสุขภาพมีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามกรอบ UCCARE**6** มิติ ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 6 มิติ(UCCARE)ประกอบด้วย

มิติที่ 1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)

มิติที่ 2 Customer Focus

มิติที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย(Communityparticipation)

มิติที่ 4 ทีมทุกระดับมีความภูมิใจ รับรู้คุณค่าเกิดความผูกพัน(Appreciation)

มิติที่ 5 การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร(Resource sharing and human development)

มิติที่ 6 การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น(Essential care)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
4.6	4.7	4.8	4.9

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองขอนแก่น

วิธีการรายงาน

1.เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองขอนแก่น ดำเนินการประเมินตนเองก่อนดำเนินการ (Self-assessment) ตามเกณฑ์ DHS-PCA

2.เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเมืองขอนแก่น สรุปผลการดำเนินงาน ODOPS (ประเด็นนโยบาย 3 เรื่อง) ได้แก่

1) โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน ACS, Stroke

2) พัฒนาการเด็ก-ไอโอดีน

3) พยาธิใบไม้ตับ/มะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี(OV- CCA)

และประเด็นปัญหาของพื้นที่ 2 เรื่อง) ภายใต้กรอบมิติ 6 ด้าน (UCCARE)

รายการข้อมูล

1.รายงานการประเมินตนเองการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอตามเกณฑ์ DHS-PCA ก่อน-หลังดำเนินการ

2.เอกสารรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานตามรอบนิเทศของ สสจ.ขอนแก่น

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ตามผลคะแนนการนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข สสจ.ขอนแก่น

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน
1	1.00 – 1.90	1.00 – 1.92	1.00 – 1.95	1.00 – 1.97
2	1.91 – 2.81	1.93 – 2.85	1.96 – 2.91	1.98 – 2.94
3	2.82 – 3.72	2.86 – 3.78	2.92 – 3.87	2.95 – 3.91
4	3.73 – 4.59	3.79 – 4.69	3.88 – 4.79	3.92 – 4.89
5	≥4.60	≥4.70	≥4.80	≥4.90

การประมวลผล	**เกณฑ์**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	ผ่าน	≥4.6	≥4.6	≥4.8	≥4.9
	ไม่ผ่าน	‹4.6	‹4.7	‹4.8	‹4.9
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวบรวมผลการประเมิน				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายงานปีละ 2 ครั้ง				
เอกสารสนับสนุน	1.เอกสารการประเมินตนเอง (Self assessment) ตามเกณฑ์ DHS-PCA ก่อน-หลัง 2.เอกสารความก้าวหน้า ผลการพัฒนา 3.จากการสรุปผลการดำเนินงาน DHS ภาพรวม และการดำเนินงานโครงการ ODOPS ของ CUP ในรอบการนิเทศและประเมินผล CUP รอบที่ 1 และรอบที่ 2 4.เอกสารรายงานการประเมินตนเองตาม KPI DHS Template รอบที่ 1 และรอบที่ 2				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-336789 ต่อ 1184				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ขก.)/สสอ.				

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์

นิยาม	**ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์** หมายถึง ตำบลที่เข้าร่วมดำเนินการตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบครบ 7 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ ในฐานข้อมูล HDC ที่ครบถ้วนถูกต้องเป็นปัจจุบัน≥ร้อยละ 80 2. มีวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไปและมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพหรือโรงเรียนผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ 3.มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager)ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) ตามสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส ที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบุคคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5.มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล(มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสนับสนุน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนพิการ ที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนพิการ หรืออาสาสมัครสมัครสาธารณสุข 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่นชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล(Care plan)ครบทุกราย 7. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากกว่าร้อยละ 35 หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 5 ข้อ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที 2) รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ 3) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบยาเส้น 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า				
เกณฑ์เป้าหมาย	**ปี 2559**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	30	50	100	100	100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพสต./สสอ./รพศ.				
วิธีการรายงาน	รายงาน 2ครั้ง (มี.ค./มิ.ย.)				
รายการข้อมูล	1. ฐานข้อมูลการคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุผู้พิการใน Health Data Center (HDC) 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) 3. แบบรายงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ x 100 จำนวนตำบลที่เข้าร่วมดำเนินการLong Term Care ทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน	ไม่มี/ส่งผลงาน
1	1.00 – 19.99	1.00 – 24.99	1.00 – 24.99	1.00 – 24.99
2	20.00 – 29.99	25.00 – 49.99	25.00 – 49.99	25.00 – 49.99
3	30.00 – 39.99	50.00 – 74.99	50.00 – 74.99	50.00 – 74.99
4	40.00 – 49.99	75.00 – 99.99	75.00 – 99.99	75.00 – 99.99
5	≥50	100	100	100

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥50	100	100	100
ไม่ผ่าน	‹50	‹100	‹100	‹100

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวบรวมผลการประเมิน
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายงานปีละ 2 ครั้ง
เอกสารสนับสนุน	1. ข้อมูลการคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการใน Health Data Center (HDC) 2. แบบรายงานผลการดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) 3. แบบรายงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-336789 ต่อ 1184
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ขก.)/สสอ.

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ.ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง

นิยาม	**การส่งต่อ** หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา **การส่งต่อออก (Refer out)** หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายัง โรงพยาบาล ที่มีศักยภาพที่สูงกว่าและเกินขีดความสามารถ รพ.ขอนแก่น เนื่องจากขีดความสามารถไม่เพียงพอด้านเครื่องมือ ด้านสถานที่ และด้านบุคลากร เช่น รพ.ศรีนครินทร์ รพ.จิตเวชขอนแก่น ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ สถาบันธัญญารักษ์ และอื่น (สถาบันพัฒนาเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ฯลฯ) เป็นต้น **โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า** ได้แก่ โรงพยาบาลประเภทศูนย์วิชาการ และกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
10%	7.5%	5%	≤5%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ส่งต่อออกนอกโรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	แบบบันทึกรายงานรายเดือน รายไตรมาส ราย 6 เดือน ราย 9 เดือน รายปี และรายงานตามรอบการนิเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาลขอนแก่นที่มีศักยภาพสูงกว่า
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	>14.1	>11.0	>9.0	>9.0
1	13.1 - 14.0	10.1 – 11.0	8.1 – 9.0	8.1 – 9.0
2	12.1 - 13.0	9.1 – 10.0	7.□ – 8.0	7.1 – 8.0
3	11.1 – 12.0	8.1 – 9.0	6.1 – 7.0	6.1 – 7.0
4	10.1 – 11.0	7.6 - 8.0	5.1 – 6.0	5.1 – 6.0
5	<10.0	≤7.5	≤5.0%	≤5.0%

การประมวลผล	

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≤12.0	≤9.0	≤7.0	≤7.□
ไม่ผ่าน	>12.0	>9.0	>7.0	>7.0

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 1 เดือน
เอกสารสนับสนุน	- ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม - อ้างอิงจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบหลัก	คณะกรรมการ Service plan โรงพยาบาลขอนแก่น
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล /ศูนย์ส่งต่อ/กลุ่มงานทางคลินิก/Excellent center/Service plan / CSO เขต/จังหวัด/พรส./ก.นโยบายและยุทธศาสตร์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ที่ไม่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7

นิยาม

การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา

Refer in หมายถึง การรับผู้ป่วยต่อจากสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพต่ำกว่า

ค่า Relative weight (RW) หมายถึง ค่าน้ำหนักมาตรฐานสัมพัทธ์ คือต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม DRG นั้นเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG เข้าใจง่ายๆ ก็คือ เป็นค่าที่ใช้เรียกเก็บการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจาก สปสช.

เกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับโรงพยาบาล	A	S	M1	M2	F ทุกระดับ
ค่า CMI	1.6	1.2	1.0	0.8	0.6

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
17.5%	15%	10%	<10%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลทุกระดับ (Refer in)
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่รับรักษา (Refer in) และรับไว้รักษา (IPD) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่าค่ามาตรฐานของสถานพยาบาลนั้นๆ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่รับรักษา (Refer in) และรับไว้รักษา (IPD) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B) *100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	>19.6	>17.6	>12.1	>12.1
1	19.1 – 19.5	17.1 – 17.5	11.6 – 12.0	11.6 – 12.0
2	18.6 – 19.0	16.6 – 17.0	11.1 – 11.5	11.1 – 11.5
3	18.1 – 18.5	16.1 – 16.5	10.6 – 11.0	10.6 – 11.0
4	17.6 – 18.0	15.6 – 16.0	10.1 – 10.5	10.1 – 10.5
5	17.5	15.0	10.0	<10

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≤17.5	≤15.0	≤10.0	≤10
ไม่ผ่าน	>17.5	>15.0	>10.0	>10

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	– แผนงาน/โครงการ/แนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ – เอกสารรายงานประกอบผลการดำเนินงาน เชิงปริมาณและ/หรือคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบหลัก	คณะกรรมการ Service plan โรงพยาบาลขอนแก่น
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ศูนย์ส่งต่อ/กลุ่มงานทางคลินิก/Excellent center/Service plan/CSO เขต/จังหวัด/พรส./ก.นโยบายและยุทธศาสตร์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 7 ระยะเวลารอคอย

7(1) ระยะเวลารอคอย OPD ลดลง

นิยาม	**ระยะเวลารอคอย** หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการนับเวลาตั้งแต่ นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลขอนแก่นและได้รับการคัดกรองแยกห้องตรวจ จนถึงได้รับยา **ผู้ป่วยนอก (OPD)** หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการ ตรวจที่ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หมายเหตุ : สุ่มเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในข้อจำกัดในการให้บริการ

เกณฑ์เป้าหมาย	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	≤170 นาที	≤165 นาที	≤160 นาที	≤155 นาที

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมระยะเวลารับบริการของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเก็บ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเก็บทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน	**ระดับคะแนน**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	0	>190	>185	>180	>175
	1	186 - 190	181 - 185	176 - 180	171 - 175
	2	181 - 185	176 - 180	171 - 175	166 - 170
	3	176 - 180	171 - 175	166 - 170	161 - 165
	4	171 - 175	166 - 170	161 - 165	156 - 160
	5	≤170	≤165	≤160	≤155

การประมวลผล	**เกณฑ์**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	ผ่าน	≤170	≤165	≤160	≤155
	ไม่ผ่าน	>170	>165	>160	>155

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานผู้ป่วยนอก (OPD)
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โทร. 043-336789 ต่อ 3821
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ศูนย์บริการเปล /งานเวชระเบียน/ก.ประชาสัมพันธ์/ก.เทคนิคการแพทย์/ก.พยาธิวิทยาฯ/ก.รังสีวิทยา/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/องค์กรแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์

7(2) ร้อยละผู้ป่วย ER ที่ไม่ได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด (ทุกกลุ่ม)

นิยาม	**ระยะเวลาที่รับการรักษา** หมายถึง ระยะเวลา นับเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการ (Time-in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (Time-out) ซึ่งอาจเป็นการออกโดย จeหน่าย, admit, หรือ refer **Emergency Room (ER)** หมายถึง ห้องฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วถูกต้องปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพให้บริการตลอด 24 ชม. **KESI** หมายถึง การคัดแยกผู้ป่วย กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมแล้ว เป็นการคัดแยกเน้นภาวะคุกคามต่อชีวิต และการใช้ทรัพยากรเพื่อวินิจฉัยและรักษา ไม่ใช่การคัดแยกตามการวินิจฉัยโรค โดยหลักการแล้ว สามารถยอมรับความผิดพลาดของการคัดแยกได้ **KESI 1 resuscitation** สีแดง ต้องให้การช่วยเหลือทันที <u>ไม่เกิน 60 นาที</u> **KESI 2 em**ergent สีชมพู ต้องได้รับการตรวจรักษาในเวลา 5-10 นาที <u>ไม่เกิน 180 นาที</u> **KESI 3 urgent** สีเหลือง รับการตรวจรักษาในเวลา 15-30 นาที <u>ไม่เกิน 240 นาที</u>

<table>
<tr><td></td><td>KESI 4 Less-urgent สีเขียว สามารถรอรับการตรวจรักษาในเวลา 30-60 นาที ไม่เกิน 240 นาที
KESI 5 non-urgent สีขาว สามารถรอรับการตรวจรักษาในเวลา 1-2 ชั่วโมง ไม่เกิน 240 นาที</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>KESI 1 ที่เกิน 60 นาที
<table>
<tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td><20%</td><td><20%</td><td><20%</td><td><20%</td></tr>
</table>
KESI 2 ที่เกิน 180 นาที
<table>
<tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td><20%</td><td><20%</td><td><20%</td><td><20%</td></tr>
</table>
KESI 3, 4 และ 5 (เฉลี่ย) ที่เกิน 240 นาที
<table>
<tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td><10%</td><td><10%</td><td><10%</td><td><10%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ER รพ.ขอนแก่น ได้แก่ KESI 1 ที่เกิน 60 นาที KESI 2 ที่เกิน 180 นาที และKESI 3, 4 และ 5 (เฉลี่ย) ที่เกิน 240 นาที</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B)*100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
■ KESI 1
■ KESI 2</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td>41- 45</td><td>41- 45</td><td>41- 45</td><td>41- 45</td></tr>
<tr><td>1</td><td>36- 40</td><td>36- 40</td><td>36- 40</td><td>36- 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>31- 35</td><td>31- 35</td><td>31- 35</td><td>31- 35</td></tr>
<tr><td>3</td><td>26- 30</td><td>26- 30</td><td>26- 30</td><td>26- 30</td></tr>
<tr><td>4</td><td>21- 25</td><td>21- 25</td><td>21- 25</td><td>21- 25</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≤20</td><td>≤20</td><td>≤20</td><td>≤20</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>การประมวลผล
■ KESI 1
■ KESI 2</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>≤20 %</td><td>≤20 %</td><td>≤20 %</td><td>≤20 %</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td>>20 %</td><td>20 %</td><td>20 %</td><td>20 %</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน
■ KESI 3
■ KESI 4
■ KESI 5</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td>41- 45</td><td>41- 45</td><td>41- 45</td><td>41- 45</td></tr>
<tr><td>1</td><td>36 – 40</td><td>36 – 40</td><td>36 – 40</td><td>36 – 40</td></tr>
<tr><td>2</td><td>21 – 25</td><td>21 – 25</td><td>21 – 25</td><td>21 – 25</td></tr>
<tr><td>3</td><td>16 – 20</td><td>16 – 20</td><td>16 – 20</td><td>16 – 20</td></tr>
<tr><td>4</td><td>11 - 15</td><td>11 - 15</td><td>11 - 15</td><td>11 - 15</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≤10</td><td>≤10</td><td>≤10</td><td>≤10</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>การประมวลผล
■ KESI 3
■ KESI 4
■ KESI 5</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>≤10 %</td><td>≤10 %</td><td>≤10 %</td><td>≤10 %</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td>>10 %</td><td>>10 %</td><td>>10 %</td><td>>10 %</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายเดือน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>รายงานการประชุมกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>1. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โทร. 043-336789 ต่อ 1200
2. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโทร. 043-336789 ต่อ 1214</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>ก.เทคนิคการแพทย์/ก.รังสีวิทยา/องค์กรแพทย์</td></tr>
</table>

7(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Door to OR) (โรคที่กำหนด)

นิยาม

การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกระยะสั้นเฉพาะที่หรือไม่ใช้เลย ต้องทำในห้องผ่าตัดเล็ก หรือห้องผ่าตัดใหญ่

โรคที่กำหนด ประกอบด้วย ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (I60-I698) หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 480 นาที หรือ 8 ชั่วโมง
2) การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) (S060- S0691) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บจากแรงที่กระทำต่อกะโหลกศีรษะ ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่อกะโหลกศีรษะ สมอง หรือทั้งกะโหลกศีรษะและสมอง ซึ่งผู้ป่วยที่มีGCS≤8 ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 240 นาที
3) ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ (ICD 470)หมายถึง การอักเสบของผนังภายในไส้ติ่ง เกิดจากการที่มีการอุดกั้นรูในไส้ติ่ง โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัด และต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 720 นาที หรือ 12 ชั่วโมง
4) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEM หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ และผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง การให้การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) และหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Cardiac Intervention: PPCI) ซึ่งการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องน้อยกว่า 90 นาที

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
80%	80%	80%	80%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 2) การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) 3) ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ และ 4) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEM

วิธีการรายงาน

ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ

รายการข้อมูล 1

A= จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์ (โรคที่กำหนด)

รายการข้อมูล 2

B= จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดทั้งหมด (โรคที่กำหนด)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

((A1/B1)*100+(A2/B2)*100+(A3/B3)*100+(A4/B4)*100+(A5/B5)*100))/ 5

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<71	<71	<71	<71
1	72 – 73	72 – 73	72 – 73	72 – 73
2	74 – 75	74 – 75	74 – 75	74 – 75
3	76 – 77	76 – 77	76 – 77	76 – 77
4	78 - 79	78 - 79	78 - 79	78 - 79
5	≥80	≥80	≥80	≥80

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥80	≥80	≥80	≥80
ไม่ผ่าน	<80	<80	<80	<80

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมผลการดำเนินงาน โดยกลุ่มงานศัลยกรรม ศูนย์หัวใจ และกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

ความถี่ในการจัดเก็บ

รายเดือน

เอกสารสนับสนุน

รายงานการประชุมกลุ่มงานศัลยกรรม ศูนย์หัวใจ หรือกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้รับผิดชอบหลัก

1) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โทร. 043-336789 ต่อ 1532
2) หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โทร. 043-336789 ต่อ 1431
3) ศูนย์หัวใจ โทร. 043-336789 ต่อ 2100
4) กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โทร. 043-336789 ต่อ 1177

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

องค์กรแพทย์/วิสัญญี/ER/ก.เทคนิคการแพทย์/ก.รังสีวิทยา/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/กก.ห้องผ่าตัด/กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

8 ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS)

นิยาม

วันนอนมาตรฐาน Weight of LOS (WTLOS) หมายถึง ค่ามาตรฐานวันนอนเฉลี่ย โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยเลขคณิตของวันนอนในแต่ละกลุ่ม DRG ที่ได้ตัดผู้ป่วยนอนนานเกินเกณฑ์ออก

จุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (OT = Outlier trim point) หมายถึง ค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 95 ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม DRG เป็นจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์

กลุ่มที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลสูงสุดและมีการใช้ทรัพยากรคุ้มค่าที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยที่มี LOS มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินวันนอนมาตรฐาน(กลุ่ม B) ส่วนกลุ่มที่จะต้องพัฒนาคือผู้ป่วยที่มี LOS มากกว่าวันนอนมาตรฐาน (กลุ่ม D, C)

- กลุ่ม A : LOS น้อยกว่า 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐาน
- กลุ่ม B : LOS มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินวันนอนมาตรฐาน
- กลุ่ม C : LOS มากกว่าวันนอนมาตรฐานแต่ไม่เกินจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์
- กลุ่ม D : LOS มากกว่าจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
≤20%	≤18%	≤16%	≤14%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทุก PCT

วิธีการรายงาน ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้ป่วยที่ LOS เกิน WTLOS (กลุ่ม C + D)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) *100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	>28	>26	>24	>22
1	27 -28	25 -26	23 -24	21 -22
2	25 -26	23 -24	21 -22	19 -20
3	23 - 24	21 -22	19 -20	17 -18
4	21 -22	19 -20	17 -18	15 -16
5	≤20	≤18	≤16	≤14

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≤20	≤18	≤16	≤14
ไม่ผ่าน	>20	>18	>16	>14

วิธีการจัดเก็บข้อมูล รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลโดยกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

ความถี่ในการจัดเก็บ รายไตรมาส

เอกสารสนับสนุน รายงานการประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ องค์กรแพทย์ และ PCT

ผู้รับผิดชอบหลัก องค์กรแพทย์ โทร. 043-336789 ต่อ 1198

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง PCT /กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ก.สารสนเทศทางการแพทย์/พรส.

ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราครองเตียง

9(1) อัตราครองเตียง

นิยาม	**อัตราครองเตียง** หมายถึง ร้อยละการใช้เตียงทั้งหมดของสถานพยาบาลของผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560: ≤112 % | ปี 2561: ≤110 % | ปี 2562: ≤105 % | ปี 2563: ≤100 %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุก PCT
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมจำนวนวันอยู่รักษาของผู้ป่วยใน (LOS) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเตียงผู้ป่วยใน
รายการข้อมูล 3	C = ช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A*100)/ (B*C)

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	>123	>120	>115	>112
1	121 - 123	118 - 120	113 - 115	110 -112
2	118 - 120	116 - 118	111 - 112	107 - 109
3	116 - 118	113 - 115	109 - 110	104 - 106
4	113 - 115	111 - 112	106 - 108	101 - 103
5	≤112	≤110	≤105	≤100

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≤112	≤110	≤105	≤100
ไม่ผ่าน	>112	>110	>105	>100

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลโดยกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ องค์กรแพทย์ และ PCT
ผู้รับผิดชอบหลัก	องค์กรแพทย์ โทร. 043-336789 ต่อ 1198
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	PCT /กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ก.สารสนเทศทางการแพทย์/พรส.

9(2)อัตราครองเตียงห้องพิเศษ

นิยาม	**อัตราครองเตียง** หมายถึง ร้อยละการใช้เตียงทั้งหมด ของสถานพยาบาลของ ผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่กำหนด **ห้องพักผู้ป่วยพิเศษ** หมายถึง ห้องพักผู้ป่วยที่ ใช้เตรียม ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัดรักษา ตลอดจนติดตามอาการจนกว่าผู้ป่วยจะแข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน โดยจัดเป็นห้อง ส่วนตัวle หรับผู้ป่วยเฉพาะราย ห้องละ 1 เตียง
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560: ≥95% | ปี 2561: ≥95% | ปี 2562: ≥95% | ปี 2563: ≥95%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุก PCT
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมจำนวนวันอยู่รักษาของผู้ป่วยใน (LOS) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเตียงผู้ป่วยใน
รายการข้อมูล 3	C = ช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A*100)/ (B*C)

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<74	<74	<74	<74
1	75- 79	75- 79	75- 79	75- 79
2	80- 84	80- 84	80- 84	80- 84

	3	85- 89	85- 89	85- 89	85- 89
	4	90- 94	90- 94	90- 94	90- 94
	5	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
การประมวลผล	**เกณฑ์**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	ผ่าน	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
	ไม่ผ่าน	<95%	<95%	<95%	<95%
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลโดยกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ องค์กรแพทย์ และ PCT				
ผู้รับผิดชอบหลัก	องค์กรแพทย์ โทร. 043-336789 ต่อ 1198				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	PCT /กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ก.สารสนเทศทางการแพทย์/พรส.				

ตัวชี้วัดที่ 10 ค่า CMI

นิยาม	**Case Mix Index (CMI)** หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : AdjRw) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด เป็นตัวที่สะท้อนถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งมาตรฐานระดับประเทศกำหนดให้ รพศ.ที่มีโรงเรียนแพทย์ต้องมีค่า CMI มากกว่าหรือเท่ากับ 1.6 ส่วนจำนวนวันอยู่รักษา (LOS) เป็นตัวที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและต้นทุนในการให้บริการ ซึ่งจากข้อมูลระดับประเทศพบว่า รพศ.ที่มีโรงเรียนแพทย์มี LOS เฉลี่ย 5.24 วัน			
เกณฑ์เป้าหมาย	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	2.00	2.02	2.04	≥2.05
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น			
วิธีการรายงาน	แบบบันทึกรายงานรายเดือน รายไตรมาส ราย 6 เดือน ราย 9 เดือน รายปี และรายงานตามรอบการนิเทศ			
รายการข้อมูล 1	A = น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วรวม (Sum of AdjRW)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B			

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<1.91	<1.93	<1.95	<1.97
1	1.92- 1.93	1.94- 1.95	1.96- 1.97	1.98- 1.99
2	1.94- 1.95	1.96- 1.97	1.98- 1.99	2.00- 2.01
3	1.96- 1.97	1.98- 1.99	2.00- 2.01	2.02- 2.01
4	1.98- 1.99	2.00- 2.01	2.02- 2.03	2.04- 2.05
5	≥2.00	≥2.02	≥2.04	≥2.05

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	2.00	2.02	2.04	≥2.05
ไม่ผ่าน	2.00	2.02	2.04	≥2.05

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 1 เดือน
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
ผู้รับผิดชอบหลัก	คณะกรรมการ Service plan โรงพยาบาลขอนแก่น
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ศูนย์ส่งต่อ/กลุ่มงานทางคลินิก/Excellent center/Service plan / CSO เขต/จังหวัด/พรส./ก.นโยบายและยุทธศาสตร์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

11(1) ผู้ป่วยนอก

<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติ ของผู้ป่วย ทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การรักษา ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการบันทึกค่าจากเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุข กำหนดไว้และเอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์
ความสมบรูณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการมีความสมบรูณ์ตามแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>87%</td><td>89%</td><td>90%</td><td>≥90%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>เวชระเบียนผู้ป่วยนอก</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A= ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B= ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B)*100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td><65</td><td><70</td><td><70</td><td><70</td></tr>
<tr><td>1</td><td>65 - 69</td><td>70 - 74</td><td>70 - 74</td><td>70 - 74</td></tr>
<tr><td>2</td><td>70 - 74</td><td>75 - 79</td><td>75 - 79</td><td>75 - 79</td></tr>
<tr><td>3</td><td>75 - 79</td><td>80 - 84</td><td>80 - 84</td><td>80 - 84</td></tr>
<tr><td>4</td><td>80 - 86</td><td>85 - 88</td><td>85 - 89</td><td>85 - 89</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≥87</td><td>≥89</td><td>≥90</td><td>≥90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>≥87</td><td>≥89</td><td>≥90</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td><87</td><td><89</td><td><90</td><td><90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>รวบรวมข้อมูลตามแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายเดือน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>รายงานการประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ งานผู้ป่วยนอก โทร. 043-336789 ต่อ 1133</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>กก.พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน/PST OPD/PST ER /กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</td></tr>
</table>

11 (2) ผู้ป่วยใน

<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติ ของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การรักษา ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการบันทึกค่าจากเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุข กำหนดไว้และเอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบอิเลคทรอนิกส์
ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการมีความสมบูรณ์ ตามแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ผู้ป่วยใน (IPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>85%</td><td>90%</td><td>95%</td><td>≥95%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>เวชระเบียนผู้ป่วยใน</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A= ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B= ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B)*100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td><65</td><td><70</td><td><70</td><td><70</td></tr>
<tr><td>1</td><td>65 - 69</td><td>70 - 74</td><td>70 - 74</td><td>70 - 74</td></tr>
<tr><td>2</td><td>70 - 74</td><td>75 - 79</td><td>75 - 79</td><td>75 - 79</td></tr>
<tr><td>3</td><td>75 - 79</td><td>80 - 84</td><td>80 - 84</td><td>80 - 84</td></tr>
<tr><td>4</td><td>80 - 86</td><td>85 - 88</td><td>85 - 89</td><td>85 - 89</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≥87</td><td>≥89</td><td>≥90</td><td>≥90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>≥87</td><td>≥89</td><td>≥90</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td><87</td><td><89</td><td><90</td><td><90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>รวบรวมข้อมูลตาม แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายเดือน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>รายงานการประชุมกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ งานผู้ป่วยใน โทร. 043-336789 ต่อ 3840</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>กก.พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน/PCT /กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 12 อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ

12 (1) ผู้ป่วยนอก

นิยาม	**ความพึงพอใจ** หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือ ญาติ ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น **ผู้ป่วยนอก (OPD)** หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการตรวจที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น

เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	89%	90%	91%	92%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ OPD รพ.ขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนนที่ได้ตามแบบประเมินความพึงพอใจ
รายการข้อมูล 2	B = (คะแนนเต็มแบบประเมินความพึงพอใจ) X (จำนวนแบบประเมินความพึงพอใจ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<70	<70	<70	<70
1	70 – 74	70 – 74	70 – 74	70 – 74
2	75 - 78	75 – 79	75 - 79	75 - 79
3	79 - 83	80 - 84	80 - 84	80 - 84
4	84 - 88	85 - 89	85 - 90	85 - 91
5	≥89	≥90	≥91	≥92

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥89	≥90	≥91	≥92
ไม่ผ่าน	<89	<90	<91	<92

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมผลการดำเนินงานจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลขอนแก่น
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ (HRD&QI)
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ (HRD&QI) โทร. 043-336789 ต่อ 1252
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	PST OPD/กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

12 (2) ผู้ป่วยใน

นิยาม	**ความพึงพอใจ** หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือ ญาติ โรงพยาบาลขอนแก่น **ผู้ป่วยใน (IPD)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	89%	90%	91%	92%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนความคิดเห็นระดับดีขึ้นไป (ดีถึงดีมาก)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ตอบแบบ สอบถามทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<70	<70	<70	<70
1	70 – 74	70 – 74	70 – 74	70 – 74
2	75 - 78	75 – 79	75 - 79	75 - 79
3	79 - 83	80 - 84	80 - 84	80 - 84

	4	84 - 88	85 - 89	85 - 90	85 - 91
	5	≥89	≥90	≥91	≥92
การประมวลผล	**เกณฑ์**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	ผ่าน	≥89	≥90	≥91	≥92
	ไม่ผ่าน	<89	<90	<91	<92
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมผลการดำเนินงานจากการสำรวจความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ (HRD&QI)				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ (HRD&QI) โทร. 043-336789 ต่อ 1252				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์				

ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จของการยกระดับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามเป้าหมาย(5 Excellence)

นิยาม

ปัจจุบันโรงพยาบาลขอนแก่นมีศูนย์ความเชี่ยวชาญ (Excellent center) ทั้ง 4 สาขา ได้แก่สาขาอุบัติเหตุ สาขามะเร็ง สาขาหัวใจ และสาขาทารกแรกเกิด ต่างพัฒนาให้ก้าวหน้าในระดับแนวหน้าของประเทศ และเพิ่มศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านปลูกถ่ายอวัยวะเป็น Excellent center สาขาที่ 5 ซึ่งทั้ง 5 Excellent center ได้ร่วมจัดทำแผนจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในระยะยาว (5 -10 ปี) ดังนี้

- สาขาอุบัติเหตุ: มีความเชี่ยวชาญและเป็นต้นแบบหลายเรื่องทั้งระดับประเทศจนถึงระดับนานาชาติ ปัจจุบันมีความเชี่ยวชาญระดับ 1 และมีแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ระดับ 1+ โดยประกอบด้วย 6 บริการย่อยดังนี้
  1. สาขาการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injury)
  2. สาขาการบาดเจ็บสาขาการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านศัลยกรรมประสาท (Neuro Surgery)
  3. สาขาการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านศัลยกรรมหลอดเลือด (Vascular Surgery)
  4. สาขาการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (Burn)
  5. สาขาการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Perhospital care - ALS)
  6. สาขาการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In hospital care)
- สาขาหัวใจ : มีการพัฒนาแบบก้าวกระโดด สามารถเปิดบริการสวนหัวใจ และผ่าตัดหัวใจได้จำนวนมาก รวมถึงการพัฒนาระบบ STEMI fast track และพัฒนาบุคลากรสหสาขาให้มีความสามารถในการบริการด้านหัวใจส่งผลทำให้อัตราผู้ป่วยหัวใจเสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 7 ต่ำที่สุดในประเทศไทยนอกจากนี้อาคารศูนย์บริการหัวใจ มะเร็ง และการวินิจฉัยรักษามีแผนเปิดให้บริการใน ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งปัจจุบันมีความเชี่ยวชาญระดับ 2 และมีแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับ 1
- สาขามะเร็ง: มีการพัฒนาร่วมกันหลายสาขาเพื่อรองรับผู้ป่วยมะเร็ง มีความสามารถให้การรักษาผู้ป่วย ด้วยการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา มีการจัดทำทะเบียนมะเร็ง และมีอาคารรังสีรักษาเพื่อรองรับผู้ป่วยมะเร็ง ปัจจุบันมีความเชี่ยวชาญระดับ 2 และมีแผนพัฒนา ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ระดับ 1 โดยประกอบด้วย 7 บริการย่อยคือ พยาธิวิทยา รังสีวินิจฉัย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา รังสีร่วมรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์
- สาขาทารกแรกเกิด : มีการพัฒนาด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ และพัฒนาบุคลากร รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยซึ่งปัจจุบันมี ความเชี่ยวชาญระดับ 2 และมีแผนพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับ 1
- สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ :คณะกรรมการนโยบายโรงพยาบาลขอนแก่นได้ร่วมกำหนดทิศทางและจัดตั้งหน่วยงานรับบริจาคอวัยวะเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง อีก 1 ศูนย์ (Excellent Center ที่ 5) ภายใต้วิสัยทัศน์ “หน่วยงานรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายและหน่วยปลูกถ่ายไตชั้นนำระดับประเทศ” มีพันธกิจที่สำคัญคือ1) คุณภาพบริการเป็นเลิศ : ศูนย์ประสานงานการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะอย่างมีประสิทธิภาพพัฒนาการปลูกถ่ายไตให้ประชาชนเข้าถึงและเข้ารับบริการปลูกถ่ายไตในพื้นที่ได้ 2) ศูนย์การเรียนรู้ทันสมัย : แหล่งศึกษาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ การศึกษาวิจัยด้านการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะและ 3) บุคลากรมีความสุข : การบริหารจัดการอย่างธรรมาภิบาล และการทำงานเป็นทีมทุกสาขาวิชาชีพ และมีนโยบาย คือ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการขอรับบริจาคอวัยวะให้มากขึ้น

	พัฒนาทีมผ่าตัดอวัยวะออก และพัฒนาสู่การปลูกถ่ายอวัยวะ พร้อมทั้ง พัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับ 1 โดยประกอบด้วย 6 บริการย่อย (Kidney,Liver,Heart&Lung, Cornea, Bone marrow และ รับบริจาค)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 5 Excellenc

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความสำเร็จ	
ระดับที่ 1	วิเคราะห์ Gap Analysis
ระดับที่ 2	จัดทำแผนพัฒนาเพื่อปิด Gap Analysis
ระดับที่ 3	ขับเคลื่อนตามแผนพัฒนา
ระดับที่ 4	มีความก้าวหน้าน้อยกว่า 50%
ระดับที่ 5	มีความก้าวหน้ามากกว่า 50%

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5
ไม่ผ่าน	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 4	ระดับ 5

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมของแต่ละ Excellenc
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก. Service plan รพ.ขก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.นโยบายและยุทธศาสตร์/องค์กรแพทย์/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ศูนย์ส่งต่อ/กลุ่มงานทางคลินิก/Excellence center/Service plan/CSOเขต/จังหวัด/พรส./ก.สารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan ทุกสาขา (สาขาละ 1 KPI)

นิยาม **Service plan** หมายถึง การพัฒนาระบบบริการเพื่อยกระดับ มาตรฐานการบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย และลดค่าใช้จ่าย ซึ่งปีงบประมาณ 2560 ประกอบด้วย 22 สาขา ดังนี้

สาขา	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล 59	เป้าหมาย (Target) ปี				ผู้รับผิดชอบหลัก
			60	61	62	63	
1. สาขาหัวใจ	อัตราตายจากโรคหัวใจ	9.25	≤10	≤10	≤10	≤10	ศูนย์หัวใจ
2. สาขามะเร็ง	ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ (เกินศักยภาพด้านการรักษามะเร็ง) ลดลง ≥ ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	-20 6/530	ลดลง ≥ ร้อยละ 50	ลดลง ≥ ร้อยละ 50	ลดลง ≥ ร้อยละ 50	ลดลง ≥ ร้อยละ 50	ศูนย์มะเร็ง
3. สาขาทารกฯ	อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (ที่คลอดโรงพยาบาลขอนแก่น) (หน่อย : 1,000 Live birth) THIP II	7.66	≤4	≤4	≤4	≤4	ศูนย์ทารกฯ
4. สาขาอุบัติเหตุ	Mortality rate ในผู้ป่วยบาดเจ็บศรีษะ (GCS>10)		น้อยกว่าร้อยละ 5				ศูนย์อุบัติเหตุฯ
	อัตราการสียชีวิต Preventable death ของผู้ป่วยที่มี PS มากกว่า 0.75		น้อยกว่า ร้อยละ 1				
	อัตราการเสียชีวิตของผป.บาดเจ็บหลายระบบ		ลดลงจากปีที่ผ่านมา				
5. จิตเวช	ผู้ป่วยโรคจิตเวช (Psychosis) เข้าถึงบริการ 55 %	85	60	60	60	60	ก.จิตเวช
6. สูตินารีเวชกรรม	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	3 ราย	0	0	0	0	PCT สูติ
7. ศัลยกรรม	อัตราป่วยตายจากไส้ติ่งอักเสบ	0.37	0	0	0	0	PCT ศัลยกรรม

8. อายุรกรรม	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด	34.44	30	30	30	30	PCT อายุรกรรม
9. กุมารเวชกรรม	อัตราป่วยตายโรคPneumonia ในเด็กอายุ 1 เดือน -5 ปี	9. 59%	ลดลง 10%	ลดลง 10%	ลดลง 10%	ลดลง 10%	PCT กุมารฯ
10. ออร์โธปิดิกส์	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน	NA	NA	NA	NA	NA	PCT ออร์โธ
11. ปฐมภูมิฯ	ร้อยละ PCC ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	11.1%	20%	30%	40%	50%	ก.เวชกรรม
12. ทันตกรรม	อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน		35%	40%	45%	50%	ก.ทันตกรรม
13. ไต	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/ 1.73 m2/yr	64.42%	65%	66%	67%	68%	หน่วยไตเทียม
14. สาขาตา	อัตราการผ่าตัดตาภายใน 30 วัน	82.80	80	80	80	80	PCT ตา
15. สาขา DM	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7) เกณฑ์ร้อยละ 40	12	17	22	27	32	งานผู้ป่วยนอก
16. สาขา HT	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดี (ต่ำกว่า 140/90) เกณฑ์ร้อยละ 50	NA	20	25	30	35	งานผู้ป่วยนอก
17. COPD	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกณฑ์<130:100000	NA	<130:100000				งานผู้ป่วยนอก
18. สาขา Stroke	อัตราตายผู้ป่วย Stroke (ชนิดตีบตัน)	2.62	<7	<7	<7	<7	นางวันดี แก้งเฮียง
19. แพทย์แผนไทย	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	9.89	10	11	12	13	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย
20. ปลูกถ่ายอวัยวะ	จำนวนผู้ป่วยบริจาคอวัยวะสมองตาย	16 ราย/ปี	20	22	24	26	นางดรุณี เจริญสุข
21. RDU	ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3	นางนิสรา ศรีสุระ
22. Palliative	การดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 5	ขั้นตอนที่ 5	นางศุภราภรณ์ พรหมลักขโณ
23. ยาเสพติด	สสจ. เป็นผู้ควบคุมกำกับตัวชี้วัด						

เกณฑ์เป้าหมาย	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	85%	90%	95%	≥95%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	Service plan ทุกสาขา			
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตัวชี้วัด Service plan ที่ผ่านเกณฑ์			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวชี้วัด Service plan ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100			

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
0	<65	<70	<75	<75
1	65 -69	70 -74	75 - 79	75 - 79
2	70 -74	75 -79	80 - 84	80 - 84
3	75 -79	80 -84	85 - 89	85 - 89
4	80 -84	85 -89	90 - 94	90 - 94
5	≥85%	≥90%	≥95%	≥95%

การประมวลผล	

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥85%	≥90%	≥95%	≥95%
ไม่ผ่าน	≤85%	≤90%	≤95%	≤95%

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	ราย 6 เดือน
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุม และผลการดำเนินงาน Service plan ทุกสาขา
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก. Service plan รพ.ขก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.นโยบายและยุทธศาสตร์/องค์กรแพทย์/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ศูนย์ส่งต่อ/กลุ่มงานทางคลินิก/Excellence center/Service plan/CSOเขต/จังหวัด/พรส./ก.สารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละตัวชี้วัดคุณภาพ (HA) ที่ผ่านเกณฑ์

15 (1) Zero Defect

นิยาม

Zero Defect Indicators หมายถึง ตัวชี้วัดที่ทีมนำองค์กรกำหนดว่ามีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องไม่ให้เกิดความผิดพลาด Zero Defect มี 9 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ผู้ป่วย ASA Class 1 ที่เสียชีวิตระหว่างผ่าตัด
2) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
3) การทำหัตถการผิดคน ผิดข้าง ระดับ E ขึ้นไป
4) การมี Swab หรืออุปกรณ์ค้างในร่างกายผู้ป่วย
5) การแพ้ยาซ้ำทำให้เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอันเกิดจากการให้ยาผิดพลาด
6) การนำส่งหรือจ่ายเด็กแรกคลอดในโรงพยาบาลผิดคน รวมผู้ป่วยเด็กหาย
7) การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพเนื่องจากการให้เลือด
8) การลื่นล้ม ตกจากเตียงที่บาดเจ็บรุนแรงระดับ G ขึ้นไป มีผลทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพหรือเสียชีวิต
9) แผลกดทับระดับ 3 ขึ้นไป
10) ผู้ป่วย ET tube หลุดแล้วไม่เสียชีวิต

ระดับความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงสำคัญ (Zero Defect Indicators)

- ระดับ 1 แต่งตั้งคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ (Committee)
- ระดับ 2 มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันและดำเนินงานมีระบบการเฝ้าระวัง (Surveillance & Policy & Procedure)
- ระดับ 3 มีการวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ (KM)
- ระดับ 4 มีผลลัพธ์ที่ดีหรือการพัฒนาเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง (Zero/change)
- ระดับ 5 มีการขยายผล (Learning & Sharing)

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
100%	100%	100%	100%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุก PCT
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนตัวชี้วัด Zero Defect ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<80	<80	<80	<80
1	80 -84	80 -84	80 -84	80 -84
2	85 -89	85 -89	85 -89	85 -89
3	90 -94	90 -94	90 -94	90 -94
4	95 -94	95 -94	95 -94	95 -94
5	100	100	100	100

การประมวลผล	**เกณฑ์**	**ปี 2560**	**ปี 2561**	**ปี 2562**	**ปี 2563**
	ผ่าน	100	100	100	100
	ไม่ผ่าน	<100	<100	<100	<100
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาล และ กรรมการ Zero Defect				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาล โทร. 043-336789 ต่อ 1252				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กก. Zero Defect /PCT				

15 (2) ตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (THIP II)

นิยาม

ตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก หมายถึง ตัวชี้วัดทางคลินิกที่คัดเลือกเฉพาะอัตราการเสียชีวิตจาก THIP II ซึ่งสามารถ Benchmarking กับโรงพยาบาลทั่วประเทศ ประกอบด้วย 63ตัวชี้วัด ดังนี้

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
1	DH0101	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI	PCT อายุรกรรม
2	DH0110	อัตราผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ PPCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ	PCT อายุรกรรม
3	DH0111	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย AMI ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	PCT อายุรกรรม
4	DH0113	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	PCT อายุรกรรม
5	DH0301	อัตราผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลวที่เป็น Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) ได้รับยา Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEi)หรือ Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) หรือ Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA)	PCT อายุรกรรม
6	DN0101	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	PCT อายุรกรรม
7	DN0106	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ	PCT อายุรกรรม
8	DN0110	อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	PCT อายุรกรรม
9	DR0201	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วง 12 เดือน	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
10	DR0202	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
11	DR0203	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
12	DR0204	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคได้รับการตรวจคัดกรอง HIV	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
13	DR0205	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกได้รับการรักษาด้วย ART	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
14	DR0301	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
15	DR0303	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
16	DR0402	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
17	DR0403	อัตราป่วยตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
18	DC0101	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
19	DC0201	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
20	DC0301	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	PCT อายุรกรรม/ OPD Med

	21	DC0302	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL <50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน	PCT อายุรกรรม/ OPD Med
	22	DC0501	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย	PCT อายุรกรรม/ หน่วยไตเทียม
	23	DC0502	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEi หรือ ARB	PCT อายุรกรรม/ หน่วยไตเทียม
	24	CI0101	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	PCT อายุรกรรม
	25	DH0201	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG	PCT ศัลยกรรม/ PCT อายุรกรรม
	26	DH0202	ร้อยละการได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG	PCT ศัลยกรรม/ PCT อายุรกรรม
	27	DH0203	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG	PCT ศัลยกรรม/ PCT อายุรกรรม
	28	DG0102	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Upper GI hemorrhage	PCT ศัลยกรรม
	29	DG0103	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ภายใน 28 วัน	PCT ศัลยกรรม
	30	DG0202	อัตราป่วยตาย (Fatality rate) จากไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน	PCT ศัลยกรรม
	31	DN0301	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย craniotomy ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	PCT ศัลยกรรม /PCT Trauma
	32	DN0302	อัตราป่วยตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 48 ชั่วโมง (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง)	PCT ศัลยกรรม /PCT Trauma
	33	DN0303	อัตราการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี intracranial injury	PCT ศัลยกรรม /PCT Trauma
	34	CO0105	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง	PCT ศัลยกรรม/ OR
	35	CO0107	อัตราการผ่าตัดซ้ำ	PCT ศัลยกรรม/ OR
	36	DO0202	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ได้รับ prophylactic antibiotic	PCT ออร์โธปิดิกส์
	37	DO0204	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี	PCT ออร์โธปิดิกส์
	38	DO0205	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน	PCT ออร์โธปิดิกส์
	39	DO0302	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ prophylactic antibiotic	PCT ออร์โธปิดิกส์
	40	DO0303	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี	PCT ออร์โธปิดิกส์
	41	DO0304	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน	PCT ออร์โธปิดิกส์
	42	CM0101	สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/ หรือการคลอด (ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ)	PCT สูตินรีเวชกรรม
	43	CM0105	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section	PCT สูตินรีเวชกรรม
	44	CM0107	ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด	PCT สูตินรีเวชกรรม
	45	CM0109	อัตราการชักขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด	PCT สูตินรีเวชกรรม
	46	CM0117	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy	PCT สูตินรีเวชกรรม
	47	CM0203	อัตราการตายของทารกแรกเกิด	PCT กุมารเวชกรรม/ ศูนย์ทารกแรกเกิด
	48	CM0207	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน	PCT กุมารเวชกรรม/ ศูนย์ทารกแรกเกิด
	49	CM0208	อัตราการเสียชีวิตใน รพ. ของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 - 1,499 กรัม ภายใน 28 วัน	PCT กุมารเวชกรรม/ ศูนย์ทารกแรกเกิด
	50	CM0209	อัตราการเสียชีวิตใน รพ. ของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500 - 2,499 กรัม ภายใน 28 วัน	PCT กุมารเวชกรรม/ ศูนย์ทารกแรกเกิด
	51	CA0101	อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I, II ก่อนผ่าตัด	ก.วิสัญญี
	52	CA0102	ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยในที่รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน	ก.วิสัญญี
	53	CA0103	ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการให้ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น	ก.วิสัญญี
	54	CA0104	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ	ก.วิสัญญี
	55	CA0105	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก	ก.วิสัญญี
	56	DS0201	ร้อยละของผู้ติดสุราโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	ก.จิตเวช

	57	SI0101	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)	IC
	58	SI0102	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใน ICU	IC
	59	SI0201	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	IC
	60	SI0202	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยใน ICU	IC
	61	SI0301	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	IC
	62	SI0302	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วยใน ICU	IC
	63	CG0101	อัตราการเกิดแผลกดทับ	ก.การพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	≥85%	≥90%	≥95%	100%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มงานคลินิกบริการ
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิกที่ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิกทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<65	<70	<75	<80
1	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84
2	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89
3	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94
4	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 94
5	≥85	≥90	≥95	100

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥85	≥90	≥95	100
ไม่ผ่าน	<85	<90	<95	<100

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ (HRD&QI) และกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาล โทร. 043-336789 ต่อ 1252
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มงานคลินิกบริการ/ก.สารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ

นิยาม	**เครื่องมือแพทย์** หมายถึง เครื่องมือที่ทุกหน่วยงาน มีความจำเป็นต้องใช้ประกอบการให้บริการผู้ป่วย ด้านการช่วยชีวิตและรักษา โดยศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์ เป็นผู้ให้บริการแก่หน่วยงาน

เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	>93%	>95%	>98%	100%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน/ครั้ง ของการขอใช้เครื่องมือแพทย์ที่สามารถให้บริการได้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน/ครั้ง เครื่องมือแพทย์ที่ขอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<80	<75	<80	<80
1	80 - 84	75 - 79	80 - 84	80 - 84
2	85 - 89	80 - 84	85 - 89	85 - 89
3	90 - 94	85 - 89	90 - 94	90 - 94

	4	90 - 92	90 - 94	90 - 97	95 - 99
	5	≥93	≥95	≥98	100

การประมวลผล	เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ผ่าน	≥93	≥95	≥98	100
	ไม่ผ่าน	<93	<95	<98	<100

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์บริการอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ เก็บรวบรวมสถิติการยืมใช้เครื่องมือฯ
ความถี่ในการจัดเก็บ	1 ครั้งต่อปี
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมศูนย์บริการอุปกรณ์/เครื่องมือ
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์บริการอุปกรณ์/เครื่องมือ โทร. 043-336789 ต่อ 1308
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กก.เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)

นิยาม	**อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ** หมายถึง จำนวนการลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด การให้โอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จากระบบฐานข้อมูล HROPS โดยการหาค่าเฉลี่ยจากข้อมูลการสูญเสีย 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2557 – 2559) โดยให้ระบุวันที่นำข้อมูลมาใช้

เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ลดลง >5	ลดลง >10	ลดลง >15	ลดลง >20

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอัตราการสูญเสียเดิม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอัตราการสูญเสียที่ลดลง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	0	<0.5	<2	<0	<1
	1	0.5-0.9	2- 3	0- 2	1-4
	2	0-1	4- 5	3-6	5- 9
	3	1- 2	6- 7	7- 10	10- 14
	4	3- 4	8- 9	11- 14	15- 19
	5	ลดลง >5	ลดลง >10	ลดลง >15	ลดลง >20

การประมวลผล	เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ผ่าน	ลดลง ≥5	ลดลง ≥10	ลดลง ≥15	ลดลง ≥20
	ไม่ผ่าน	ลดลง <5	ลดลง <10	ลดลง <15	ลดลง <20

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลโรงพยาบาล
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 18 การวางแผนและพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น

18 (1) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (HRP)

นิยาม

การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย

1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่

2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย

2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา

3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์

4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพ

การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการวางแผน/จัดสรร/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการ/พัฒนากำลังคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนหมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาของเขตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการที่เขตดำเนินการส่งผลกระทบต่อปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากรในเขต/บุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการแก่ประชาชน เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มทุน และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความสำเร็จ	
1	วิเคราะห์ Gap
2	จัดทำแผนปิด Gap
3	ขับเคลื่อนตามแผน
4	มีความก้าวหน้า < 50%
5	มีความก้าวหน้า > 50%

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	>ระดับ 4	>ระดับ 4	>ระดับ 4	>ระดับ 5
ไม่ผ่าน	<ระดับ 4	<ระดับ 4	<ระดับ 4	<ระดับ 5

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงาน
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน

18 (2)ระดับความสำเร็จในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (HRD)

นิยาม

การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรมเป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข
2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่
   1.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย
   1.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา
3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์
4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ
5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ระดับ 4	ระดับ4	ระดับ4	ระดับ5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความสำเร็จ	
1	วิเคราะห์ Gap
2	จัดทำแผนปิด Gap
3	ขับเคลื่อนตามแผน
4	มีความก้าวหน้า < 50%
5	มีความก้าวหน้า > 50%

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	>ระดับ 4	>ระดับ 4	>ระดับ 4	>ระดับ 5
ไม่ผ่าน	<ระดับ 4	<ระดับ 4	<ระดับ 4	<ระดับ 5

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูล
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน

18 (3) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

นิยาม

ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ประกอบด้วย

2. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กรโดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้
   - 2.1 การวางแผนอัตรากำลัง
   - 2.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร
   - 2.3 บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก
   - 2.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร
   - 2.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร
   - 2.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
3. **การพัฒนาบุคลากร** ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรมเป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้

6. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข
7. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่
   - 3.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย
   - 3.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา
8. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์
9. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ
10. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
85%	90%	95%	95%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ระบบรายงานข้อมูล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<64	<70	<74	<74
1	65- 69	70- 74	75- 79	75- 79

	2	70- 74	75- 79	80- 84	80- 84
	3	75- 79	80- 84	85- 89	85- 89
	4	80- 84	85- 89	90-94	90-94
	5	≥85%	≥90%	≥95%	≥95%

การประมวลผล	เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ผ่าน	≥85%	≥90%	≥95%	≥95%
	ไม่ผ่าน	≤85%	≤90%	≤95%	≤95%

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูล
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล/กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้

นิยาม	**การนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) ไปใช้** หมายถึง การประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) โดยผ่านระบบ Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based มีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ในการพัฒนาหน่วยงานเพื่อพัฒนาสู่องค์กรที่มีความสุข

เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	60%	70%	80%	90%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) ไปใช้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	0	<40	<49	<59	<69
	1	40- 44	50- 54	60- 64	70-74
	2	45-49	55- 59	65-69	75-79
	3	50- 54	60- 64	70-74	80- 84
	4	55- 59	65-69	75-79	85- 89
	5	60%	70%	80%	90%

การประมวลผล	เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ผ่าน	60%	70%	80%	90%
	ไม่ผ่าน	60%	70%	80%	90%

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี
เอกสารสนับสนุน	-
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล/กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้

<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานใน โรงพยาบาลขอนแก่นที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่
ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้
ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล
ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล
ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน
ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td><40</td><td><49</td><td><59</td><td><69</td></tr>
<tr><td>1</td><td>40- 44</td><td>50- 54</td><td>60- 64</td><td>70-74</td></tr>
<tr><td>2</td><td>45-49</td><td>55- 59</td><td>65-69</td><td>75-79</td></tr>
<tr><td>3</td><td>50- 54</td><td>60- 64</td><td>70-74</td><td>80- 84</td></tr>
<tr><td>4</td><td>55- 59</td><td>65-69</td><td>75-79</td><td>85- 89</td></tr>
<tr><td>5</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายปี</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>-</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล/กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพ</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>ทุกหน่วยงาน</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 21ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้

นิยาม

ค่านิยม (Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" ประกอบด้วย

- Mastery→ เป็นนายตัวเอง
- Originality →เร่งสร้างสิ่งใหม่
- Peoplecentered approach →ใส่ใจประชาชน
- Humility →ถ่อมตนอ่อนน้อม

ค่านิยม(Core Value)ของ รพ.“KKH” ประกอบด้วย

- **บริการดี** หมายถึง การให้บริการภายใต้จิตสำนึก
  - ด้านพฤติกรรมบริการ :ดูแลผู้ป่วยดุจญาติพี่น้อง ใช้วาจาไพเราะ ให้คำแนะนำ ที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
  - ด้านมาตรฐานวิชาชีพ : ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียน ให้บริการแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย
- **สามัคคี** หมายถึง ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้วยความรักและสามัคคีนำ ความรู้ ทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงานมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และมีความรับผิดชอบร่วมกัน
- **ซื่อสัตย์**หมายถึง ซื่อสัตย์ต่อการงาน และซื่อสัตย์ต่อหน้าที่
  - ซื่อสัตย์ต่อการงาน หมายถึง ตรงต่อเวลา ปฏิบัติงานตามเวลาราชการที่กำหนด ทำงานด้วยความตั้งใจจริง มุ่งให้งานสำเร็จเกิดประโยชน์ ต่อส่วนรวมและรักษาผลประโยชน์ทางราชการ มีความสุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้
  - ซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ หมายถึง รู้บทบาทหน้าที่ของตนตามวิชาชีพและใน งานที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมาย และทำตาม หน้าที่ให้ดีที่สุด ต้องเอาใจใส่หน้าที่ จนงานสำเร็จเกิดผลดี ไม่ละทิ้งภาระหน้าที่กลางคัน หรือทิ้งภาระให้คนอื่น

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
60%	70%	80%	90%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการรายงาน โดยการสำรวจการนำการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนบุคลากรที่มีการนำการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<40	<49	< 59	< 69
1	40- 44	50- 54	60- 64	70-74
2	45-49	55- 59	65-69	75-79
3	50- 54	60- 64	70-74	80- 84
4	55- 59	65-69	75-79	85- 89
5	60%	70%	80%	90%

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	60%	70%	80%	90%
ไม่ผ่าน	60%	70%	80%	90%

วิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยการสำรวจการนำการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้

ความถี่ในการจัดเก็บ ไตรมาส

ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 22 ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย

นิยาม

ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย หมายถึง การดำเนินงานและบริหารงานตามแผนประมาณการรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้

การจัดทำแผนประมาณการรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณที่คาดการณ์ล่วงหน้าของปีงบประมาณนั้นๆ ของหน่วยบริการสำหรับการกำกับติดตามงาน และควบคุมค่าใช้จ่ายในแต่ละ ไตรมาส ตามแบบประมาณการรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่าย ที่เผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ http://planfin.cfo.in.th โดยการมีส่วนร่วมตรวจสอบรับรองแผน และปรับเกลี่ยงบประมาณจากรายได้แหล่งต่างๆ ของโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
≤9%	≤8%	≤7%	≤6%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ทุกหน่วยงาน

วิธีการรายงาน

ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ

รายการข้อมูล 1

A= ประมาณการรายได้ และค่าใช้จ่ายตามแผน (planfin)

รายการข้อมูล 2

B= รายได้ และค่าใช้จ่ายจริงตามงบทดลองบัญชีเกณฑ์คงค้าง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

((A-B) *100)/A

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	≥17	≥16	≥15	≥14
1	16 - 17	15 – 16	14 – 15	13 – 14
2	14 - 15	13 – 14	12 – 13	11 – 12
3	12 - 13	11– 12	10 – 11	9– 10
4	10 - 11	9 – 10	8 – 9	7 – 8
5	≤9	≤8	≤7	≤6

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≤9	≤8	≤7	≤6
ไม่ผ่าน	>9	>8	>7	>6

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จัดเก็บจากบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาล
2. จัดเก็บจากข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)

ความถี่ในการจัดเก็บ

รายเดือน

เอกสารสนับสนุน

รายงานการประชุมคณะกรรมการการเงินการคลัง /คณะกรรมการนโยบาย/คณะกรรมการบริหาร

ผู้รับผิดชอบหลัก

กลุ่มงานบัญชี โทร. 043-336789 ต่อ 3808

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการการเงินการคลัง/ กลุ่มงานการเงิน/ กลุ่มประกันสุขภาพ/กลุ่มงานพัสดุ/หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง

ตัวชี้วัดที่ 23 ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร

<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร หมายถึง ความสามารถในการบริหารการเงินการคลัง ไม่ให้ประสบปัญหาทางการเงิน ตั้งแต่ระดับ 0 – 7 เรียงจากไม่มีภาวะวิกฤติถึงมีภาวะวิกฤติรุนแรง
ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับ รุนแรงสูงสุด 7 คะแนน โดยการคิดคะแนนรวมกัน 6 รายการ ประกอบด้วย
1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน
2) Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน
3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน
4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ = 1 คะแนน
5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน
6) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย< 3 เดือน = 2 คะแนน</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>ไม่เกินระดับ 2 ทุกปี</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ทุกหน่วยงาน</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">เกณฑ์การคำนวณ : นำผลวิเคราะห์มารวมกัน ตามคะแนนดังนี้</th></tr>
<tr><td>ถ้าได้คะแนน เป็น 0</td><td>ไม่มีภาวะวิกฤติ</td><td>ได้ 5 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ถ้าได้คะแนน เป็น 1</td><td>มีภาวะวิกฤติค่อนข้างน้อยได้</td><td>ได้ 4 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ถ้าได้คะแนนเป็น 2 - 3</td><td>มีภาวะวิกฤติปานกลาง</td><td>ได้ 3 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ถ้าได้คะแนน เป็น 4 - 5</td><td>มีภาวะวิกฤติค่อนข้างสูง</td><td>ได้ 2 คะแนน</td></tr>
<tr><td>ถ้าได้คะแนน เป็น 6 - 7</td><td>มีภาวะวิกฤติรุนแรง</td><td>ได้ 1 คะแนน</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td>ระดับ 7</td><td>ระดับ 7</td><td>ระดับ 7</td><td>ระดับ 7</td></tr>
<tr><td>1</td><td>ระดับ 6</td><td>ระดับ 6</td><td>ระดับ 6</td><td>ระดับ 6</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ระดับ 5</td><td>ระดับ 5</td><td>ระดับ 5</td><td>ระดับ 5</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 4</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 3</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≤ระดับ 2</td><td>≤ระดับ 2</td><td>≤ระดับ 2</td><td>≤ระดับ 2</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>≤ระดับ2</td><td>≤ระดับ2</td><td>≤ระดับ2</td><td>≤ระดับ2</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td>>ระดับ2</td><td>>ระดับ2</td><td>>ระดับ2</td><td>>ระดับ2</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล
2. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซด์ (http://hfo58.cfo.in.th)</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายเดือน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>1. รายงานสถานะการเงินโรงพยาบาล
2. ตารางแสดงผลการคำนวณวิกฤต 7 ระดับ รายไตรมาส</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>กลุ่มงานบัญชี โทร. 043-336789 ต่อ 3808</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>คณะกรรมการการเงินการคลัง/ กลุ่มงานการเงิน/ กลุ่มประกันสุขภาพ/กลุ่มงานพัสดุ/หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 24 อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน

24 (1) ผู้ป่วยนอก

<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน หมายถึง ประสิทธิภาพการจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการที่ลดลงหรือไม่เกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐานในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ในระดับเดียวกัน
ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอกใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้าง ในลักษณะ Cost to charge โดยราคาเรียกเก็บ (ราคา charge) ใช้ราคาค่ารักษาพยาบาล OPD และ IPD ที่กลุ่มประกันสุขภาพได้แจ้งให้ทุกหน่วยศึกษาแล้ว
เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean+1SD) โดยกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ
กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ www.higthai.org และ http://hfo.cfo.in.th
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก (OPD) ใช้วิธีหาสัดส่วนค่าใช้จ่าย หรือต้นทุนของการให้บริการของผู้ป่วยนอก (OPD) (Cost to charge) จากราคาเรียกเก็บ (ราคา charge) หรือ งบทดลองหมวดรายได้ (จากข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้าง)
ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น ในที่นี้เป็นผู้ป่วยนอกทั่วไป (GP) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER)
หมายเหตุ : การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่างๆ กัน โดยต้นทุนรวมทั้ง ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ต้นทุนวัสดุ (Material cost : MC) ต้นทุนลงทุน (Capital cost : CC) ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost : OC) ลดลงอย่างเหมาะสม ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดยต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลไม่เกินค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ไม่เกิน mean +1SD) ของกลุ่มระดับบริการ</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>น้อยกว่าเกณฑ์ มากกว่า10%</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>กลุ่มงานบัญชี</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A= ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกตาม mean +1SD</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B= ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>((A-B)/B) *100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td><3</td><td><3</td><td><3</td><td><3</td></tr>
<tr><td>1</td><td>3 - 4</td><td>3 - 4</td><td>3 - 4</td><td>3 - 4</td></tr>
<tr><td>2</td><td>5 - 6</td><td>5 - 6</td><td>5 - 6</td><td>5 - 6</td></tr>
<tr><td>3</td><td>6 - 7</td><td>6 - 7</td><td>6 - 7</td><td>6 - 7</td></tr>
<tr><td>4</td><td>8 - 9</td><td>8 - 9</td><td>8 - 9</td><td>8 - 9</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>< ≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td><10</td><td><10</td><td><10</td><td><10</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. จัดเก็บจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ
2. จัดเก็บจากข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายเดือน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>รายงานการประชุมกลุ่มงานบัญชี</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>กลุ่มงานบัญชี โทร. 043-336789 ต่อ 3808</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>กก.การเงินการคลัง/ก.การเงิน/ก.ประกันสุขภาพ/ก.พัสดุ/หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง/งานเวชระเบียน</td></tr>
</table>

24 (2) ผู้ป่วยใน

<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน หมายถึง ประสิทธิภาพการจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการที่ลดลงหรือไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐานในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ในระดับเดียวกัน
กลุ่มระดับหน่วยบริการเดียวกัน หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาดมากกว่า 800 เตียง
ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอกใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้าง ในลักษณะ Cost to charge โดยราคาเรียกเก็บ (ราคา charge) ใช้ราคาค่ารักษาพยาบาล OPD และ IPD ที่กลุ่มประกันสุขภาพได้แจ้งให้ทุกหน่วยศึกษาแล้ว
เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean +1SD) โดยกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ
กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ www.higthai.org และ http://hfo.cfo.in.th
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน (IPD) ใช้วิธีหาสัดส่วนค่าใช้จ่าย หรือต้นทุนของการให้บริการของผู้ป่วยใน (IPD) (Cost to charge) จากราคาเรียกเก็บ (ราคาcharge) หรือ งบทดลองหมวดรายได้ (จากข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้าง)
ผู้ป่วยใน (IPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป
หมายเหตุ : การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่างๆ กัน โดยต้นทุนรวมทั้ง ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ต้นทุนวัสดุ (Material cost : MC) ต้นทุนลงทุน (Capital cost : CC) ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost : OC) ลดลงอย่างเหมาะสม ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดยต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลไม่เกินค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ไม่เกิน mean +1SD) ของกลุ่มระดับบริการ</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>น้อยกว่าเกณฑ์ มากกว่า10%</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>กลุ่มงานบัญชี</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. กลุ่มงานบัญชี โรงพยาบาลขอนแก่น
2. กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A= ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในตาม mean +1SD</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B= ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A-B)/B *100</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td><3</td><td><3</td><td><3</td><td><3</td></tr>
<tr><td>1</td><td>3 - 4</td><td>3 - 4</td><td>3 - 4</td><td>3 - 4</td></tr>
<tr><td>2</td><td>5 - 6</td><td>5 - 6</td><td>5 - 6</td><td>5 - 6</td></tr>
<tr><td>3</td><td>6 - 7</td><td>6 - 7</td><td>6 - 7</td><td>6 - 7</td></tr>
<tr><td>4</td><td>8 - 9</td><td>8 - 9</td><td>8 - 9</td><td>8 - 9</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>< ≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td><td>≥10</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td><10</td><td><10</td><td><10</td><td><10</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1. จัดเก็บจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ
2. จัดเก็บจากข้อมูลที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>รายเดือน</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>รายงานการประชุมกลุ่มงานบัญชี</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>โทร. 043-336789 ต่อ 3808</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>กก.การเงินการคลัง/ก.การเงิน/ก.ประกันสุขภาพ/ก.พัสดุ/หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง/งานเวชระเบียน</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดที่ 25 ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน)

นิยาม

ค่าการใช้พลังงานจำเพาะ (Specific Energy Consumption: SEC) เป็นค่าที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการใช้พลังงาน และยังสามารถแสดงถึงต้นทุนทางด้านพลังงานของโรงงานอุตสาหกรรมได้ โดยทั่วไปค่า SEC สามารถคำนวณได้จากปริมาณพลังงานที่โรงงานใช้ในช่วงเวลานั้น ต่อปริมาณผลผลิตทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งการใช้ค่า SEC สำหรับการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้พลังงานนั้นมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์อยู่บ้าง กล่าวคือในกรณีที่โรงงานมีผลผลิตหลายชนิดวิธีที่ให้ได้ค่า SEC ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด คือ การวิเคราะห์โดยอาศัยข้อมูลที่แท้จริงจากการตรวจวัดโรงงาน เนื่องจากจะสามารถแยกแยะการใช้พลังงานแต่ละชนิดตามประเภทของผลผลิตนั้นๆ ได้จริง หากนำข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมไว้ อาจทำให้การจำแนกการใช้พลังงานพลังงานทำได้ค่อนข้างยาก

หมายเหตุ : หน่วยเป็น MJ/เตียง/วัน

เกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
145 MJ/เตียง/วัน	140 MJ/เตียง/วัน	135 MJ/เตียง/วัน	130 MJ/เตียง/วัน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการรายงาน

ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ

รายการข้อมูล 1

A = จำนวนหน่วยไฟฟ้า

รายการข้อมูล 2

B = จำนวนผู้ป่วยใน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

A/B

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	≥165	≥160	≥155	≥150
1	161 - 165	156 - 160	151 - 155	146 - 150
2	156 - 160	151 - 155	146 - 150	141 - 145
3	151 - 155	146 - 150	141 - 145	136 - 140
4	146 - 150	141 - 145	136 - 140	131 - 135
5	≤145	≤140	≤135	≤130

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≤145	1≤40	≤135	≤130
ไม่ผ่าน	>145	1>40	>135	>130

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมผลการดำเนินงานจากการสำรวจ/ประเมินของกลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและบำรุงรักษา หรือจากระบบ MIS

ความถี่ในการจัดเก็บ

รายเดือน

เอกสารสนับสนุน

รายงานการประชุม UR และ กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและบำรุงรักษา

ผู้รับผิดชอบหลัก

1) UR โทร. 043-336789 ต่อ 3777
2) กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและบำรุงรักษา โทร. 043-336789 ต่อ 1165

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กก.สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย/ ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลขอนแก่น

ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละหน่วยงานมีการจัดวางระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ

นิยาม

การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1) การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ
2) การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา
3) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น

หน่วยงาน หมายถึง ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลขอนแก่น

ขั้นตอนดำเนินงานควบคุมภายใน

1. มีคณะกรรมการวางระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลมีคณะทำงานควบคุมภายในทุกหน่วยงานมีคณะกรรมการตรวจสอบภายในประเมินผลการวางระบบควบคุมภายในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน
2. กำหนดให้ทุกหน่วยงานมีและจัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ ขั้นตอนการปฏิบัติงานของแต่ละกิจกรรม/งาน มีการประเมินความเสี่ยง มีกิจกรรมควบคุมความเสี่ยง และติดตามประเมินการควบคุมทุก 3 เดือน และจัดทำรายงานการควบคุมภายในระดับหน่วยงาน(ปย.1, ปย.2, รายงานติดตาม ปย.2) ตามระบียบ ค.ต.ง.กำหนดมาตรฐานการควบคุมภายในพ.ศ.2544 และให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวง
3. มีการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน
   - ประเมินตนเองโดยหน่วยงานและคณะกรรมการควบคุมฯ
   - ประเมินอิสระโดยคณะกรรมการตรวจสอบฯของโรงพยาบาลและจากภายนอกโรงพยาบาล
4. มีการติดตามการปรับปรุงการควบคุมตามความเสี่ยงที่ตรวจพบหรือคำแนะนำของผู้ประเมินอย่างชัดเจน

เกณฑ์การประเมินควบคุมภายใน หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำแบบ ปย.1, ปย.2, และรายงานติดตาม ปย.2 และมีประสิทธิภาพ (ลดความเสี่ยงได้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์)

เกณฑ์เป้าหมาย (ปริมาณ)

ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
85%	90%	95%	100%

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: หน่วยงานที่มีการจัดระบบควบคุมภายใน รพ.ขอนแก่น

รายการข้อมูล 1: A = หน่วยงานที่มีการจัดการระบบควบคุมภายใน โดยมีการจัดทำแบบ ปย.1 และ ปย.2 (30 กันยายน) และรายงานติดตาม ปย.2 ที่ 6 และ 12 เดือน (31 มีนาคม และ 30กันยายน)

รายการข้อมูล 2: B = หน่วยงานทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด: (A/B) X 100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<65	<70	<75	<80
1	65 -70	70 - 75	75 -80	80 -85
2	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89

	3	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94
	4	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99
	5	≥85	≥90	≥95	≥100

การประมวลผล	เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ผ่าน	≥85	≥90	≥95	100
	ไม่ผ่าน	<85	<90	<95	<100

เกณฑ์เป้าหมาย (ประสิทธิภาพ)	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	≥60	≥75	≥85	≥95

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่มีการจัดระบบควบคุมภายใน รพ.ขอนแก่น
รายการข้อมูล 1	A =หน่วยงานที่มีการจัดระบบควบคุมภายในมีประสิทธิภาพโดยจัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติ ขั้นตอนการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมและมีผลการควบคุมที่ได้ผล มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยงานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมรายงานการควบคุมภายใน(ปย.1, ปย.2, รายงานติดตาม ปย.2) รายงานการประเมินโดยคณะกรรมการควบคุมภายใน รายงานการประเมินโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในทั้งในและนอกโรงพยาบาล รายงานการติดตามหลังการประเมิน
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายงานการควบคุมภายใน ณ 31 ธันวาคม, 31มีนาคม, 30 มิถุนายน, 30 กันยายน โดยส่งผลการดำเนินงานที่ กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุมกรรมการควบคุมภายใน รายงานการประเมินการควบคุมภายในโดยคณะกรรมการที่ประเมินการควบคุมภายใน
ผู้รับผิดชอบหลัก	สำนักงานควบคุมภายใน โทร. 043-336789 ต่อ 3631
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลขอนแก่น

ตัวชี้วัดที่ 27 ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (ได้ระดับ5 ทั้ง 3 ด้าน)

นิยาม	**การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)** เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมืองสาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน องค์ประกอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ **1. ความโปร่งใส (Transparency)** ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน **2. ความพร้อมรับผิด (Accountability)** ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ

3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ

4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน

5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน

มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาลช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติฯ ระยะที่ 2 ในปี 2560 คือ คะแนน≥ร้อยละ๘๕ จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน ทั้งสิ้น 396 แห่ง **ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT)** จำนวน 11 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อย เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้

ธรรมาภิบาล (Good Governance) หมายถึง การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบ หมายถึง การเสริมสร้างและพัฒนาบุคลากรทุกระดับปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีการฝึกอบรมการสร้างขวัญและกำลังใจการจูงใจการเสริมสร้างและพัฒนาทัศนคติจิตสำนึกและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่มีวินัยคุณธรรมจริยธรรม ป้องกันการกระทำผิด และให้มีแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

2. ด้านการป้องปรามตรวจสอบการทุจริตประพฤติมิชอบ หมายถึงการเอาใจใส่สังเกตการณ์และการขจัดเหตุที่ก่อให้เกิดการกระทำผิดวินัยคุณธรรมจริยธรรมในเรื่องอันอยู่ในวิสัยที่จะดำเนินการป้องกันตามควรแก่กรณี

3 ด้านการแก้ไขปัญหาการทุจริตประพฤติมิชอบ หมายถึงการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานที่ผิดพลาดถูกทักท้วง ถูกสอบสวนและถูกลงโทษทางวินัย

เกณฑ์เป้าหมาย

ระดับ 5

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ทุกหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการด้านธรรมาภิบาล
ระดับ 2	มีการประชุม และรายงานการประชุม
ระดับ 3	มีการจัดทำแผนด้านธรรมาภิบาล
ระดับ 4	มีการดำเนินงานครบ 3 ด้านตามแผน และรายงานการดำเนินงาน
ระดับ 5	มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและพัฒนาต่อเนื่อง

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
ไม่ผ่าน	<ระดับ 5	<ระดับ 5	<ระดับ 5	<ระดับ 5	<ระดับ 5

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. **เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment** เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ – แบบประเมินโรงพยาบาลคุณธรรม มาตรฐานการตรวจสอบภายใน และรายงานผลการตรวจสอบภายใน – สรุปและวิเคราะห์รายงานการทุจริต ประพฤติมิชอบ การปฏิบัติงานผิดพลาด และแนวทางการป้องกันแก้ไขการทุจริต ประพฤติมิชอบ การปฏิบัติงานผิดพลาด เชิงระบบ
ความถี่ในการจัดเก็บ	2 ครั้งต่อปี ตามรอบการตรวจราชการฯ
เอกสารสนับสนุน	– รายงานการประชุมคณะกรรมการธรรมาภิบาล – รายงานการตรวจราชการ
ผู้รับผิดชอบหลัก	คณะกรรมการธรรมาภิบาล
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มงาน พ.ร.ส., ส.น.ง.ควบคุมภายใน, ส.น.ง.ตรวจสอบภายใน และทุกหน่วยงาน(รพ.ขก+CUP)

ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time)

นิยาม	**ระยะเวลาการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time)** หมายถึง จำนวนระยะเวลาที่แม่ข่ายคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ (ล่ม/หยุดบริการ)
เกณฑ์เป้าหมาย	0%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงาน
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนเวลาที่เครื่องแม่ข่ายหยุดทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B =เวลาทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A*100 / B

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	>2.0	>2.0	>2.0	>2.0
1	1.6- 2.0	1.6- 2.0	1.6- 2.0	1.6- 2.0
2	1.1-1.5	1.1-1.5	1.1-1.5	1.1-1.5
3	0.6- 1.0	0.6- 1.0	0.6- 1.0	0.6- 1.0
4	0.1- 0.5	0.2- 0.5	0.3- 0.5	0.4- 0.5
5	0%	0%	0%	0%

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	0%	0%	0%	0%
ไม่ผ่าน	>0%	>0%	>0%	>0%

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมโดยระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
เอกสารสนับสนุน	–
ผู้รับผิดชอบหลัก	กรรมการ ICT
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

คำนิยาม

การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์

ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นับรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
20	20	25	30

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลสังกัดกรม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงาน แยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข/สำนักบริหารการสาธารณสุข)

แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม

รายการข้อมูล 1

A = มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 2

B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

(A/B) x 100

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
0	<3	<3	12	<13
1	4- 6	4- 6	13- 15	14- 16
2	9- 13	9- 13	16- 18	19- 23
3	14- 16	14- 16	19- 21	24- 26
4	17- 19	17- 19	22- 24	27- 29
5	≥20	≥20	≥25	≥30

การประมวลผล

เกณฑ์	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ผ่าน	≥20	≥20	≥25	≥30
ไม่ผ่าน	<20	<20	<25	<30

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมจากผลการดำเนินงานในระบบ

ความถี่ในการจัดเก็บ

รายเดือน

ผู้รับผิดชอบหลัก

กก.เวชภัณฑ์มิใช่ยา

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

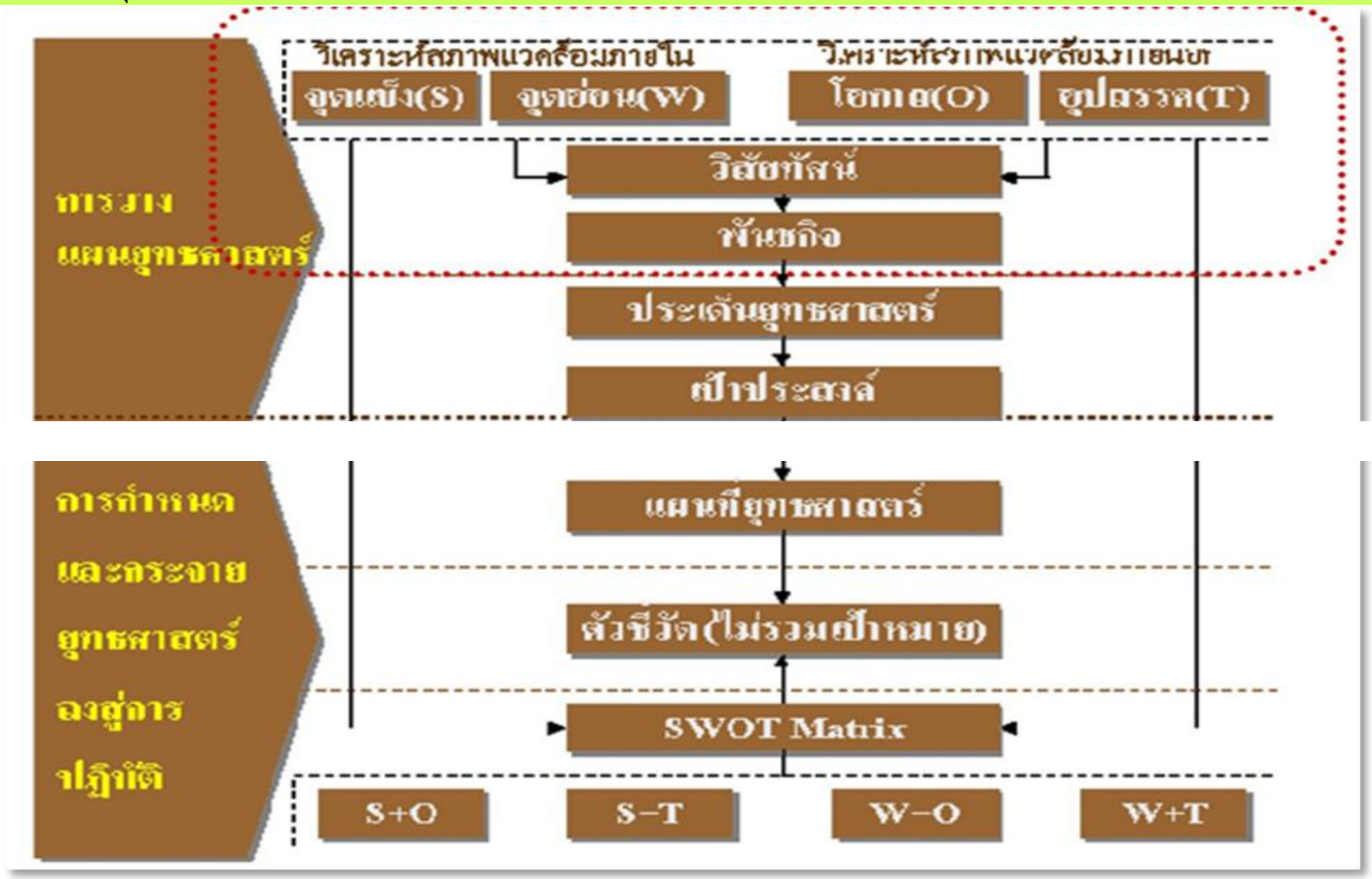
ก.พัสดุ/หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง

ตัวชี้วัดที่ 30 จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล

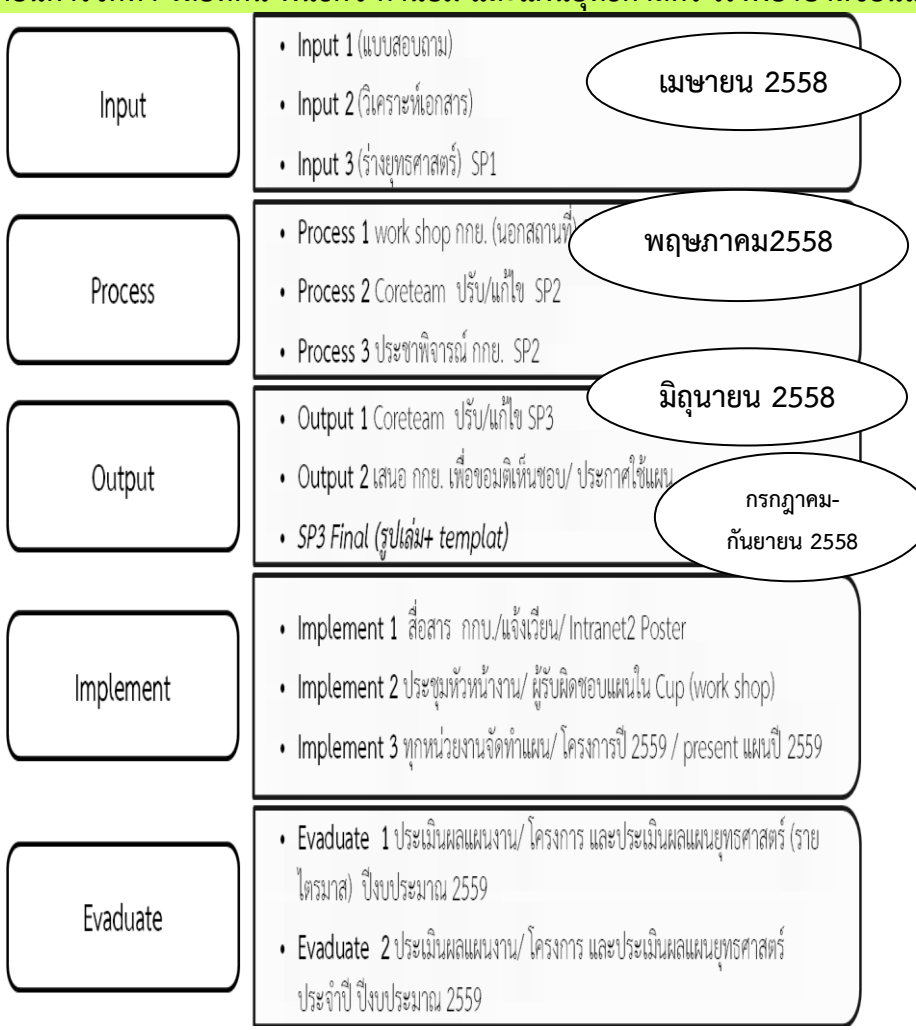
<table>
<tr><td>นิยาม</td><td>ผลงานทางวิชาการ หมายถึง เอกสารหรือหลักฐานที่จัดทำขึ้นจากความรู้ ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ของผู้จัดทำ โดยการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ วิจัย และได้นำไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือพัฒนางานในหน้าที่จนเกิดผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาและเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาการที่เป็น Best practice and Innovation
Best practice หมายถึง วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลมาจากการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง แล้วสรุปความรู้และประสบการณ์นั้น เป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดของตนเอง
Innovation หมายถึง การนำสิ่งใหม่ ๆ อาจเป็นแนวความคิด หรือ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัย และได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ทั้งยังช่วยประหยัดเวลาและแรงงานได้ด้วย</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>10 เรื่องต่อปี</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>Service plan ทุกสาขา และทุกหน่วยงาน</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน</td><td>สำรวจจากผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือนานาชาติ</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การให้คะแนน</td><td>
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>0</td><td>< 2 เรื่อง</td><td>< 2 เรื่อง</td><td>< 2 เรื่อง</td><td>< 2 เรื่อง</td></tr>
<tr><td>1</td><td>≥2 เรื่อง</td><td>≥2 เรื่อง</td><td>≥2 เรื่อง</td><td>≥2 เรื่อง</td></tr>
<tr><td>2</td><td>≥4 เรื่อง</td><td>≥4 เรื่อง</td><td>≥4 เรื่อง</td><td>≥4 เรื่อง</td></tr>
<tr><td>3</td><td>≥6 เรื่อง</td><td>≥6 เรื่อง</td><td>≥6 เรื่อง</td><td>≥6 เรื่อง</td></tr>
<tr><td>4</td><td>≥8 เรื่อง</td><td>≥8 เรื่อง</td><td>≥8 เรื่อง</td><td>≥8 เรื่อง</td></tr>
<tr><td>5</td><td>≥10 เรื่อง</td><td>≥10 เรื่อง</td><td>≥10 เรื่อง</td><td>≥10 เรื่อง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>การประมวลผล</td><td>
<table>
<tr><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th></tr>
<tr><td>ผ่าน</td><td>≥10 เรื่อง</td><td>≥10 เรื่อง</td><td>≥10 เรื่อง</td><td>≥10 เรื่อง</td></tr>
<tr><td>ไม่ผ่าน</td><td><10 เรื่อง</td><td><10 เรื่อง</td><td><10 เรื่อง</td><td><10 เรื่อง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>รวบรวมผลงานโดยศูนย์วิจัย, งานห้องสมุดและตำรา ในโรงพยาบาลขอนแก่น</td></tr>
<tr><td>ความถี่ในการจัดเก็บ</td><td>ปีละ 1 ครั้ง</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือนานาชาติ</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบหลัก</td><td>ศูนย์วิจัย, งานห้องสมุดและตำรา โทร. 043-336789 ต่อ 1605, 1602</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</td><td>Service plan ทุกสาขา และทุกหน่วยงาน</td></tr>
</table>

ภาคผนวก

1) กรอบแนวคิดการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563



2) ขั้นตอนการจัดทำ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ *2559- 2563*



Input1 (แบบสำรวจ)	Input2 (วิเคราะห์เอกสาร)	SWOT Analysis	
▪ กรรมการนโยบาย	▪ นโยบายรมว.	S	W
▪ กรรมการบริหาร	▪ นโยบายปลัดฯ	O	T
▪ บุคลากรภายใน รพ. ขอนแก่น (Intranet)	▪ นโยบายสสจ.	**SWOT Matrix (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์)**	
▪ CUP รพ.ขอนแก่น	▪ นโยบาย จ.ขอนแก่น	S-O (vision)	W-O
▪ กรรมการ CSO เขต 7	▪ รง.ตรวจราชการ	S-T	W-T
▪ กวป. จังหวัดขอนแก่น	▪ รง.นิเทศ CUP	**Strategic Issues (ประเด็นยุทธศาสตร์)**	
▪ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น	▪ HA recommendation / IP-OP voice / SAR IV	**แผนยุทธศาสตร์ 4 ระดับ**	
	▪ ผลสัมฤทธิ์แผนยุทธ์ฯ 2558	แผนระดับ 1 องค์กร	มติเห็นชอบจาก กกย.
	▪ ข้อมูลสถิติบริการ และระบาดวิทยาเขตสุขภาพที่7	แผนระดับ 2 หน่วยงาน	Workshop กกบ/ หน.หน่วยงาน
	▪ ข้อมูลเชิงประจักษ์อื่น	แผนระดับ 3 โครงการ	หัวหน้าหน่วยจัดทำแผน
		แผนระดับ 4 บุคคล	ประเมินผลรายบุคคล

ผลสัมฤทธิ์แผนยุทธศาสตร์	การติดตามประเมินผล			การสื่อสารสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน
บรรลุวิสัยทัศน์	รายเดือน	แผนระดับ 1 องค์กร		จัดทำรูปเล่มแผนและคู่มือปฏิบัติ
KPI ผ่านเป้าหมาย > 90%	รายไตรมาส	แผนระดับ 2 หน่วยงาน		ประกาศใช้แผนใน กกย./กกบ.
	รายปี	แผนระดับ 3 โครงการ		ประชุมเชิงปฏิบัติการ/สื่อทางอินเตอร์เน็ต/โปสเตอร์
		แผนระดับ 4 บุคคล		

3) ปฏิทินการจัดทำ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563

3.1 ปฏิทินการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ **(ต้นฉบับ)**

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
22 มกราคม 2558	นำเสนอแนวทางการจัดทำวิสัยทัศน์โรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ 2559- 2563 ให้คณะกรรมการบริหารพิจารณาฝนการประชุมครั้งที่ 1/2558	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
20 กุมภาพันธ์ 2558	ประชุมคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์เพื่อเตรียมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
มีนาคม 2558	• สำรวจความคิดเห็นต่อการจัดทำวิสัยทัศน์โรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ 2559- 2 563 • วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
30 มีนาคม 2558	ประชุมคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์เพื่อหารือ และวางแผนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ 1	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
17 เมษายน 2558	ประชุมคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์เพื่อหารือ แผนยุทธศาสตร์ระดับ 1	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
22 เมษายน 2558	นำเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับ 1 ต่อคณะกรรมการนโยบายเพื่อพิจารณา ในการประชุมครั้งที่ 4/2558	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ และกลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
22 เมษายน 2558	ประชุมคณะทำงานเพื่อเตรียมแผนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ 2	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
27 พฤษภาคม 2558	ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำวิสัยทัศน์ และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 (แผนยุทธศาสตร์ระดับ 2)	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
มิถุนายน 2558	เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 ในระบบ Intranet โรงพยาบาลขอนแก่น	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
6 กรกฎาคม 2558	ประชุมคณะทำงานเพื่อเตรียมแผนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ 3	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
10 กรกฎาคม 2558	ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนปฏิบัติการ (แผนยุทธศาสตร์ระดับ 3)	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
กรกฎาคม - กันยายน 2558	สื่อสารสู่การปฏิบัติ	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)
ปีงบประมาณ 2559	ติดตามประเมินผล รายไตรมาส และทบทวนปรับแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับบริบทประจำปี	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core team)

3.2 ปฏิทินการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข)

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
กันยายน- ตุลาคม 2559	● สำรวจความคิดเห็นต่อการทบทวน วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 ● วิเคราะห์นโยบายหน่วยเหนือ และบริบทขององค์กร	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
25 ตุลาคม 2559	นำเสนอผลการสำรวจความคิดเห็น และผลการสัมฤทธิ์แผนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2559 ในการประชุมคณะกรรมการนโยบาย โรงพยาบาลขอนแก่นครั้งที่ 3/2559	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
27 ตุลาคม 2559	นำเสนอแนวทางการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลขอนแก่น ครั้งที่ 10/2559	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
23 พฤศจิกายน 2559	นำเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 เพื่อให้คณะกรรมการนโยบายกำหนดจุดเน้นเพื่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ในการประชุมคณะกรรมการนโยบาย ครั้งที่ 4/2559	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
24 พฤศจิกายน 2559	กรรมการบริหารมีติเห็นชอบ และประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
ปีงบประมาณ 25 60	ติดตามประเมินผล รายไตรมาส และทบทวนปรับแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับบริบทประจำปี	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์

3.3 กรอบการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559- 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข)

4) สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ และการนำสู่การปฏิบัติ

“แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น 2559 – 2563” ฉบับนี้ เป็นแผน “ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เดือน 2559” เพื่อดำเนินการปีงบประมาณ 2560-2563

1. **สาระสำคัญของแผน** “แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น 2560 – 2563” ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) และ 30 ตัวชี้วัด (KPI)
2. **การนำนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติ** แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น 2560 – 2563 นับเป็นนโยบายหลักขององค์กรซึ่งจะเกิดผลสัมฤทธิ์ได้ก็ต่อเมื่อมีการนำสู่ **การ** ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ มีขั้นตอน ดังนี้
   - **2.1.** ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดประกาศนโยบายใช้เป็นทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ ในการประชุมคณะกรรมการนโยบาย และ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีการอำนวยการ ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนทรัพยากร ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ
   - **2.2.** คณะทำงานด้านบริหารแผนยุทธศาสตร์องค์กร ทำหน้าที่ประสานการจัดทำแผน และสื่อสารแผนสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานในองค์กรภายใต้ที่ปรึกษา โดยคณะกรรมการนโยบาย และคณะกรรมการบริหาร คณะทำงานฯ ซึ่งประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน กลุ่มงานแผนงาน และโครงการ และกลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (เป็นเลขานุการ) หลังจากการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เสร็จสมบูรณ์ มีการดำเนินการสื่อสารทุกรูปแบบทั้งทางเอกสารและเว็บไซต์ รวมทั้งการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ และการประชุมชี้แจงในหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เข้าใจแผนยุทธศาสตร์องค์กรอย่างแท้จริงและชัดเจน
   - **2.3.** ผู้บริหารระดับหัวหน้าหน่วยงาน ซึ่งถือว่าเป็นผู้รับผิดชอบหลัก (Owner) แต่ตัวชี้วัด (KPI) เป็นหัวหน้าในการดำเนินการ และมอบหมายหรือเชิญประชุมผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการ และมอบหมายหัวหน้างาน/หัวหน้าโครงการเพื่อดำเนินการให้ตอบสนองต่อกลยุทธ์หรือตัวชี้วัดที่รับผิดชอบให้บรรลุเป้าหมายตามแผน และมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ โดยรายงานต่อผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์หรือเป้าประสงค์เป็นระยะ
   - **2.4.** ผู้บริหารระดับหัวหน้างาน/หัวหน้าโครงการ/กรรมการ เป็นผู้จัดทำและบริหารจัดการแผนงาน/ โครงการให้บรรลุเป้าหมายตามโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ
   - **2.5.** ผู้ปฏิบัติรายบุคคล ที่ได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ในแต่ละโครงการ/กิจกรรม ดำเนินการตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ภายใต้การควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลของหัวหน้างาน/หัวหน้าโครงการอย่างใกล้ชิด
3. **การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์องค์กร** แต่ละคณะทำงานฯ มีแผนการติดตามประเมินผลเป็นระยะ เช่น รายเดือน รายไตรมาส ราย 6 เดือน และรายปี หากมีนโยบายหรือประเด็นยุทธศาสตร์ใดควรปรับปรุงเปลี่ยนแปลง คณะทำงานฯ จะเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณาปรับประเด็นยุทธศาสตร์ หรือ มีการปรับเปลี่ยนระหว่างปีงบประมาณ ทั้งนี้จะต้องมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนก่อนปรับประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทองค์กร และสอดคล้องตามยุคสมัยที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ตลอดเวลามากยิ่งขึ้น

แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการระดับหน่วยงาน โรงพยาบาลขอนแก่นแผนปฏิบัติการ

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ.....

แผนงาน/โครงการ สอดคล้องหรือตอบสนองต่อนโยบาย ดังนี้		
[ ] นโยบาย/ตัวชี้วัดหน่วยเหนือ	[ ] แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลขอนแก่น	[ ] SWOT หรือ Gap analysis ของหน่วยงาน
ระบุ (อ้างอิง).....	ตัวชี้วัดที่.....	ระบุ (อ้างอิง).....
.....	ชื่อตัวชี้วัด.....	.....

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ.....

ตัวชี้วัดที่ .....

ชื่อตัวชี้วัด .....

ผลการดำเนินงาน

โครงการ/กิจกรรม	งบฯที่ได้รับจัดสรรทั้งสิ้น	งบฯที่ใช้ในดำเนินการจริง	แหล่งงบ
1.			
2.			
3.			
4.			

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน (อ้างอิงจาก Template ที่แนบมา)	เป้าหมายปีงบ.....	ผลงาน	อัตรา*	คะแนน
	1 คะแนน ..... 2 คะแนน ..... 3 คะแนน ..... 4 คะแนน ..... 5 คะแนน				

*อัตรา ใช้ในกรณีตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ปัญหาและอุปสรรค

- .....
- .....
- .....

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

- .....
- .....
- .....

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

คณะกรรมการนโยบายโรงพยาบาลขอนแก่น

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการอาวุโส

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

กลุ่มงานแผนงานและโครงการ

กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (เลขานุการ)

คณะผู้จัดทำ

1. นายนิชิต เสนไสย หัวหน้ากลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
2. นางสาวสุภาพร ดรละคร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
3. นางสาวจริยา ปากดี นักวิชาการสาธารณสุข
4. นางสาวจิราวรรณ ไชยคีนี นักวิชาการสาธารณสุข
5. นางสาวสมสุข น้อยผล เจ้าพนักงานธุรการ

สำนักงาน

กลุ่มงานงานนโยบายและยุทธศาสตร์

อาคาร สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ชั้น 3 โรงพยาบาลขอนแก่น

โทร. 043 – 336789 ต่อ 1160

โทรสาร. 043 – 3370553