



ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์  
โรงพยาบาลขอนแก่น  
ปี 2562 – 2563

(ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 : พฤษภาคม 2562)

## คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่นฉบับนี้ นับเป็น “ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 เดือนพฤษภาคม 2562” ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขหลังจากที่มีการประเมินสัมฤทธิ์ผลของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์ เข้มมุ่งองค์กร และตัวชี้วัด อย่างมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ดำเนินการในปีงบประมาณ 2562-2563

ดังนั้น เอกสารฉบับนี้ นับว่ามีความสมบูรณ์มากขึ้นตามลำดับ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลขอนแก่นบรรลุวิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดว่า “ภายใน 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม”

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะสามารถเป็นเครื่องมือให้ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่าย ใช้เป็นเข็มทิศเพื่อก้าวเดินไปพร้อมๆกัน ภายใต้การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มุ่งสู่ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง หากมีข้อเสนอแนะประการใดที่เป็นประโยชน์ กรุณาชี้แนะได้ที่กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะผู้จัดทำยินดีรับคำชี้แนะเพื่อแก้ไขปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น

ขอขอบคุณ  
กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น  
พฤษภาคม 2562

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	1
สารบัญ	2
บทสรุปผู้บริหาร	6
บทที่ 1 ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559-2563 (2020)	15
1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม สมรรถนะหลักองค์กร และประเด็นยุทธศาสตร์	16
1.1 วิสัยทัศน์ (Vision)	16
1.2 พันธกิจ (Mission)	17
1.3 สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)	17
1.4 ค่านิยม (Core value)	17
1.5 ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	18
1.6 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	19
1.7 กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น	20
2 แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด	21
2.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) “สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ” (Empowerment of Primary Care)	21
2.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ” (Service Excellence Care Upgrading to Better Service)	22
2.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 People Excellence (PE) “คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)	25
2.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล”(Governance Excellence)	26
บทที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (Template)	28
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ	29
1. KPC-01 : สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น	29
2. KPC-02 : จำนวนเครือข่าย พชต.เขตอำเภอเมือง (16 ตำบล) ผ่านเกณฑ์	30

	หน้า
3. KPC-03 : อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรครายใหม่ (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) ต่อแสนประชากร	31
4. KL-01 : ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลาบริการตั้งแต่แรกรับจนรับยาเสร็จ ภายใน 2 ชม.	34
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (SE) ยกกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ</b>	<b>34</b>
5. KL-02 : ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD	35
6. KL-03 : ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์	36
7. KL-04 ร้อยละของผู้ป่วยที่รับบริการที่ ER เกินระยะเวลาที่กำหนด	37
(1) KESI 1 ภายใน 60 นาที	
(2) KESI 2 ภายใน 120 นาที	
(3) KESI 3 ภายใน 240 นาที	
8. KL-05 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน KESI 1 ภายใน 24 ชม.	38
9. KHRO-01 : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง Severe traumatic brain injury (TBI)	39
10. KHRO-02 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16	40
11. KHRO-03 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score >0.5	41
12. KHRO-04 : อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล	42
13. KHRO-05 : อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	43
14. KHRO-06 : อัตราการตายทารกแรกแรกเกิดภายใน 28 วัน	44
15. KHRO-07 : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	45
(1) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในเวลา 4 สัปดาห์	
(2) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในเวลา 6 สัปดาห์	
(3) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในเวลา 6 สัปดาห์	
16. KHRO-08 : อัตราความสำเร็จของการปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี	47
17. KHRO-09 : อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายเป็นต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (0.8:100)	48
18. KHRO-10 : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (1.4:100)	49
19. KHRO-11 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7	50
20. KHRO-12 : อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับยา rtPA	51

	หน้า
21. KHRO-13 : อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ(1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน	52
22. KHRO-14 : ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์	53
23. KHRO-15 : อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล	54
24. KIC-01 : อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)	55
25. KIC-02 : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	56
26. KIC-03 : อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	58
27. KRM-01 : จำนวนครั้งของความเสียหายตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient safety ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป	60
28. KRM-02 : จำนวนครั้งของความเสียหายต่อบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป	61
29. KRM-03 : จำนวนความเสี่ยงรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง	62
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (PE) คนเก่ง ดี มีความสุข</b>	<b>63</b>
30. KHR-01 : จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เป็นผลมาจากสมรรถนะของบุคลากร	63
31. KHR-02 : จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร	64
32. KHR-03 : ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18-22.9)	65
33. KHR-04 : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนานามียสิ่งแวดล้อม (GREEN&CLEAN Hospital)	66
34. KHR-05 : อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)	67
<b>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE) บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล</b>	<b>68</b>
35. KL-06 : ร้อยละหน่วยงานที่สามารถลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลง	68
36. KHRO-16 : ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	69
37. KHRO-17 : ค่า CMI	70
38. KHRO-18 : ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	71
(1) ผู้ป่วยนอก	
(2) ผู้ป่วยใน	
39. KHRO-19 : ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร	72
40. KHRO-20 : ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบประมาณ (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา)	73
41. KAHA-01 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน AHA	74

	หน้า
42. KAHA-02 : จำนวนงานวิจัย/R2R/ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	75
43. KAHA-03 : จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy	76
44. KSH-01 : อัตราการตอบสนองตามการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ภายใน 24 ชม.	77
45. KSH-02 : ร้อยละของหน่วยงานด้านหน้าที่ใช้ระบบ Queue Online	78
46. KSH-03 : ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS	79
47. KSH-04 : ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online	80
<b>ภาคผนวก</b>	<b>81</b>
1) กรอบการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562- 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3)	82
2) ปฏิทินการจัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563	83
3) สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ และการนำสู่การปฏิบัติ	84
<b>คณะผู้จัดทำ</b>	<b>85</b>

## บทสรุปผู้บริหาร

“แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 -2563 ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 ณ เดือนเมษายน 2562” เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านการพิจารณาพิจารณาจากผู้ปฏิบัติครอบคลุมทุกหน่วยงาน โดยทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลขอนแก่นบรรลุวิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดว่า “ภายใน 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม” เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ระหว่างสาขาวิชาชีพ ระหว่างบริการแต่ละระดับ แบบบูรณาการและเชื่อมโยงกัน อย่างมีประสิทธิภาพ

ปีงบประมาณ 2561 ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2561 เพื่อให้มีการทบทวน ปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และให้มีการบูรณาการร่วมกับนโยบายหน่วยเหนือ สรุปได้ ดังนี้

### 1. ประเด็นยุทธศาสตร์และจุดเน้นการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563

ประเด็นยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เข็มมุ่งองค์กร	จุดเน้นการพัฒนา	
1. (Prevention & Promotion Excellence (PPE)) สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ	1. KPC-01 : สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น	1. Smart Primary Care	1. Smart PCC	
	2. KPC-02 : จำนวนเครือข่าย พชต.เขตอำเภอเมือง (16 ตำบล) ผ่านเกณฑ์		2. Smart DHB (พัฒนาเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ)	
2. (Service Excellence (SE)) ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ	3. KPC-03 : อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรครายใหม่ (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) ต่อแสนประชากร	2. Lean Enterprise	3. Smart Health Literacy : SHL องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	4. KL-01 : ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลาบริการตั้งแต่แรกรับจนรับยาเสร็จ ภายใน 2 ชม.		1. ระบบบริการ OPD/ER	
	5. KL-02 : ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD		3. High Reliability Organization	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา
	6. KL-03 : ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์			2. พึงพอใจ ประทับใจ
	7. KL-04 ร้อยละของผู้ป่วยที่รับบริการที่ ER เกินระยะเวลาที่กำหนด (1) KESI 1 ภายใน 60 นาที (2) KESI 2 ภายใน 120 นาที (3) KESI 3 ภายใน 240 นาที		3. ปลอดภัย	
	8. KL-05 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน KESI 1 ภายใน 24 ชม.		4. IC Excellence	1. MDR
	9. KHRO-01 : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง Severe traumatic brain injury (TBI)		5. Risk management	2. Sepsis
	10. KHRO-02 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16			3. TB
	11. KHRO-03 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score >0.5			1. 2P safety 2. Risk Register

ประเด็นยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เข็มมุ่งองค์กร	จุดเน้นการพัฒนา
	<p>12. KHRO-04 : อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล</p> <p>13. KHRO-05 : อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด</p> <p>14. KHRO-06 : อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน</p> <p>15. KHRO-07 : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>15.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในเวลา 4 สัปดาห์</p> <p>15.2 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>15.3 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>16. KHRO-08 : อัตราความสำเร็จของการปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี</p> <p>17. KHRO-09 : อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (0.8:100)</p> <p>18. KHRO-10 : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (1.4:100)</p> <p>19. KHRO-11 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง &lt; 7</p> <p>20. KHRO-12 : อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับยา rtPA</p> <p>21. KHRO-13 : อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ(1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน</p> <p>22. KHRO-14 : ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์</p> <p>23. KHRO-14 : อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>24. KIC-01 : อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)</p> <p>25. KIC-02 : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <p>26. KIC-03 : อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่</p> <p>27. KRM-01 : จำนวนครั้งของความเสียหายตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient safety ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป</p> <p>28. KRM-02 : จำนวนครั้งของความเสียหายต่อบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป</p> <p>29. KRM-03 : จำนวนความเสียหายรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสียหายลดลง</p>		



ประเด็นยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เข็มมุ่งองค์กร	จุดเน้นการพัฒนา
3. (People Excellence) คนเก่ง ดี มีความสุข	30. KHR-01 : จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เป็นผลมาจากสมรรถนะของบุคลากร 31. KHR-02 : จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร 32. KHR-03 : ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18-22.9) 33. KHR-04 : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN&CLEAN Hospital) 34. KHR-05 : อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)	8. HRH Transformation	1. Competency 2. MOPH 3. สร้างเสริมสุขภาพ HPH (Healthy & Happy) 4. Engagement
4. (Governance Excellence) บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมี ธรรมาภิบาล	35. KL-06 : ร้อยละหน่วยงานที่สามารถลดระยะเวลาหรือลดขั้นตอนบริการลง 36. KHRO-16 : ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 37. KHRO-17 : ค่า CMI 38. KHRO-18 : ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน 39. KHRO-19 : ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร 40. KHRO-20 : ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบลงทุน (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา) 41. KAHA-01 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน AHA 42. KAHA-02 : จำนวนงานวิจัย/R2R/ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ 43. KAHA-03 : จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy 44. KSH-01 : อัตราการตอบสนองต่อการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ภายใน 24 ชม. 45. KSH-02 : ร้อยละของหน่วยงานด้านหน้าที่ใช้ระบบ Queue Online 46. KSH-03 : ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS 47. KSH-04 : ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online	2. Lean Enterprise	2. ระบบบริการอื่นและสนับสนุนบริการ
		3. High Reliability Organization	4. องค์กรที่มีธรรมาภิบาล
		6. Advance HA	1. ประเมินตนเอง SAR & Performance Evaluation Framework (PEF) 2. Learning Organization
		7. Smart Hospital	1. ระบบสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) 2. ระบบ Queue Online 3. ระบบ HIS (เน้น CPOE) 4. ระบบ Cockpit monitor Online

## 2. ผลดำเนินงานขององค์กรตามมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัด
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ	1. KPC-01 : สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น 2. KPC-02 : จำนวนเครือข่าย พชต.เขตอำเภอเมือง (16 ตำบล) ผ่านเกณฑ์ 3. KPC-03 : อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรครายใหม่ (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) ต่อแสนประชากร 43. KAHA-03 : จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	4. KL-01 : ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลาบริการตั้งแต่แรกรับจนรับยาเสร็จ ภายใน 2 ชม. 5. KL-02 : ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD 6. KL-03 : ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ 7. KL-04 ร้อยละของผู้ป่วยที่รับบริการที่ ER เกินระยะเวลาที่กำหนด (1) KESI 1 ภายใน 60 นาที (2) KESI 2 ภายใน 120 นาที (3) KESI 3 ภายใน 240 นาที 8. KL-05 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน KESI 1 ภายใน 24 ชม. 21. KHRO-13 : อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ (1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน 31. KHR-02 : จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร 44. KSH-01 : อัตราการตอบสนองตามการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ภายใน 24 ชม. 45. KSH-02 : ร้อยละของหน่วยงานด้านหน้าที่ใช้ระบบ Queue Online
IV-3 ผลด้านกำลังคน	30. KHR-01 : จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เป็นผลมาจากสมรรถนะของบุคลากร 32. KHR-03 : ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18-22.9) 33. KHR-04 : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN&CLEAN Hospital) 34. KHR-05 : อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)
IV-4 ผลด้านการนำ	35. KL-06 : ร้อยละหน่วยงานที่สามารถลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลง 9. KHRO-01 : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง Severe traumatic brain injury (TBI) 10. KHRO-02 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16 11. KHRO-03 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score >0.5

มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัด
	<p>12. KHRO-04 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล</p> <p>13. KHRO-05 : อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด</p> <p>14. KHRO-06 : อัตราการตายทารกแรกแรกเกิดภายใน 28 วัน</p> <p>15. KHRO-07 : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>15.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในเวลา 4 สัปดาห์</p> <p>15.2 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>15.3 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>16. KHRO-08 : อัตราความสำเร็จของการปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี</p> <p>17. KHRO-09 : อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (0.8:100)</p> <p>18. KHRO-10 : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (1.4:100)</p> <p>19. KHRO-11 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง &lt; 7</p> <p>20. KHRO-12 : อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับยา rtPA</p> <p>24. KIC-01 : อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)</p> <p>25. KIC-02 : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <p>26. KIC-03 : อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่</p> <p>36. KHRO-16 : ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p> <p>41. KAHA-01 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน AHA</p> <p>42. KAHA-02 : จำนวนงานวิจัย/R2R/ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์</p>
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ	<p>22. KHRO-14 : ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์</p> <p>23. KHRO-15 : อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>27. KRM-01 : จำนวนครั้งของความเสี่ยงตามเป้าหมายความปลอดภัย 2P safety ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป</p> <p>28. KRM-02 : จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป</p> <p>29. KRM-03 : จำนวนความเสี่ยงรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง</p> <p>37. KHRO-17 : ค่า CMI</p> <p>38. KHRO-18 : ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน</p> <p>(1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน</p> <p>46. KSH-03 : ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS</p>

มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัด
	47. KSH-04 : ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online
IV-6 ผลด้านการเงิน	39. KHRO-19 : ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร 40. KHRO-20 : ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบประมาณ (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา)

### 3. การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และแผนยุทธศาสตร์

รายเดือน (29 ตัวชี้วัด)	ราย 2 เดือน (1 ตัวชี้วัด)	ราย 3 เดือน (15 ตัวชี้วัด)	รายปี (2 ตัวชี้วัด)
<p>1. KPC-01 : สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น</p> <p>4. KL-01 : ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลาบริการตั้งแต่แรกรับจนรับยาเสร็จ ภายใน 2 ชม.</p> <p>5. KL-02 : ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD</p> <p>6. KL-03 : ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์</p> <p>7. KL-04 ร้อยละของผู้ป่วยที่รับบริการที่ ER เกินระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>(1) KESI 1 ภายใน 60 นาที</p> <p>(2) KESI 2 ภายใน 120 นาที</p> <p>(3) KESI 3 ภายใน 240 นาที</p> <p>8. KL-05 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน KESI 1 ภายใน 24 ชม.</p> <p>9. KHRO-01 : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง Severe traumatic brain injury (TBI)</p> <p>10. KHRO-02 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS &gt;16</p> <p>11. KHRO-03 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score &gt;0.5</p>	<p>38. KHRO-18 : ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน</p> <p>(1) ผู้ป่วยนอก</p> <p>(2) ผู้ป่วยใน</p>	<p>2. KPC-02 : จำนวนเครือข่าย พชต.เขตอำเภอเมือง (16 ตำบล) ผ่านเกณฑ์</p> <p>16. KHRO-08 : อัตราความสำเร็จของการปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี</p> <p>17. KHRO-09 : อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (0.8:100)</p> <p>18. KHRO-10 : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (1.4:100)</p> <p>29. KRM-03 : จำนวนความเสี่ยงรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง</p> <p>33. KHR-04 : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN&amp;CLEAN Hospital)</p> <p>35. KL-06 : ร้อยละหน่วยงานที่สามารถลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลง</p> <p>36. KHRO-16 : ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p> <p>37. KHRO-17 : ค่า CMI</p> <p>40. KHRO-20 : ร้อยละความสำเร็จของการ</p>	<p>3. KPC-03 : อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรครายใหม่ (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) ต่อแสนประชากร</p> <p>26. KIC-03 : อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่</p>

รายเดือน (29 ตัวชี้วัด)	ราย 2 เดือน (1 ตัวชี้วัด)	ราย 3 เดือน (15 ตัวชี้วัด)	รายปี (2 ตัวชี้วัด)
<p>12. KHRO-04 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล</p> <p>13. KHRO-05 : อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด</p> <p>14. KHRO-06 : อัตราการตายทารกแรกแรกเกิดภายใน 28 วัน</p> <p>15. KHRO-07 : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>15.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในเวลา 4 สัปดาห์</p> <p>15.2 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>15.3 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในเวลา 6 สัปดาห์</p> <p>19. KHRO-11 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง &lt;7</p> <p>20. KHRO-12 : อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract ได้รับยา rtPA</p> <p>21. KHRO-13 : อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ(1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน</p> <p>22. KHRO-14 : ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์</p> <p>23. KHRO-15 : อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล</p> <p>24. KIC-01 : อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)</p>		<p>บริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบประมาณ (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา)</p> <p>41. KAHA-01 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน AHA</p> <p>42. KAHA-02 : จำนวนงานวิจัย/R2R/ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์</p> <p>43. KAHA-03 : จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy</p> <p>46. KSH-03 : ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS</p> <p>47. KSH-04 : ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online</p>	

รายเดือน (29 ตัวชี้วัด)	ราย 2 เดือน (1 ตัวชี้วัด)	ราย 3 เดือน (15 ตัวชี้วัด)	รายปี (2 ตัวชี้วัด)
<p>25. KIC-02 : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <p>27. KRM-01 : จำนวนครั้งของความเสี่ยงตามเป้าหมายความปลอดภัย 2P safety ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป</p> <p>28. KRM-02 : จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป</p> <p>30. KHR-01 : จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เป็นผลมาจากสมรรถนะของบุคลากร</p> <p>31. KHR-02 : จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร</p> <p>32. KHR-03 : ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18-22.9)</p> <p>34. KHR-05 : อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)</p> <p>39. KHRO-19 : ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร</p> <p>44. KSH-01 : อัตราการตอบสนองต่อการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ภายใน 24 ชม.</p> <p>45. KSH-02 : ร้อยละของหน่วยงานด้านหน้าที่ใช้ระบบ Queue Online</p>			

4. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 - 2562

ภายในปี 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม		
ชั้นนำ	จัดอยู่อันดับ 1 ใน 5 เมื่อเทียบ (Benchmarking) หรือจัดอันดับ (Ranking) กับ โรงพยาบาลศูนย์สังกัด กระทรวงสาธารณสุข 33 แห่ง จากการขับเคลื่อนประเด็น ยุทธศาสตร์ สามารถเป็นต้นแบบหรือเป็น สถานที่ศึกษาดูงานระดับประเทศอย่างน้อย 5 ด้าน	ระดับความสำเร็จของการบรรลุวิสัยทัศน์ ผลการดำเนินงานมากกว่า 80% → ระดับ A ผลการดำเนินงาน 70% – 79% → ระดับ B ผลการดำเนินงาน 60% – 69% → ระดับ C
คุณภาพ (Quality)	ผลดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด 29 ตัว) ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (SE)	ผลการดำเนินงานมากกว่า 50% – 59% → ระดับ D ผลการดำเนินงานน้อยกว่า 50% → ระดับ F
คุณธรรม (virtue)	ผลดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด 29 ตัว) ได้แก่ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (PE) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE)	



## บทที่ 1

ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น

ปีงบประมาณ 2562 - 2563



## บทที่ 1 ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2561 - 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 2561 - 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่วัด “คุณภาพ” (ตัวชี้วัด 29 ตัว) ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention &amp; Promotion Excellence (PPE)</li> <li>○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (SE)</li> </ul> </li> <li>▪ ค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพ ได้แก่ “บริการดี”</li> </ul>
คุณธรรม (virtue)	ความหมายตามพจนานุกรมว่า "สภาพคุณงามความดี" หมายถึง หลักของความดี ความงาม ความถูกต้อง ซึ่งจะแสดงออกมาโดยการกระทำ ทางกาย วาจาและจิตใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นหลักประจำใจในการประพฤติปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเองผู้อื่น และสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่วัด “คุณธรรม” (ตัวชี้วัด 18 ตัว) ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 People Excellence (PE)</li> <li>○ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE)</li> </ul> </li> <li>▪ ค่านิยมที่บ่งบอกถึง คุณธรรม ได้แก่ “สามัคคี ซื่อสัตย์”</li> </ul>

## 1.2. พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง
2. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7
3. บริหารจัดการระบบสุขภาพ และทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ
4. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

## 1.3. สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)

1. บริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง รวมถึงเป็นแม่ข่ายเขตสุขภาพที่ 7
2. บริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับระดับตติยภูมิในเครือข่ายบริการ
3. บริหารจัดการระบบสุขภาพ และทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักธรรมาภิบาล
4. ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

## 1.4. อัตลักษณ์ หรือ ค่านิยมองค์กร (Core value)

ค่านิยม (Core value) กระทรวงสาธารณสุข “MOPH”	Mastery	Originality	People centered approach	Humility
	เป็นนายตัวเอง	เร่งสร้างสิ่งใหม่	ใส่ใจประชาชน	ถ่อมตนอ่อนน้อม

ค่านิยม (Core value) โรงพยาบาลขอนแก่น “บริการดี สามัคคี ซื่อสัตย์”	
คำ	ความหมาย
บริการดี	หมายถึง การให้บริการภายใต้จิตสำนึก 1) ด้านพฤติกรรมบริการ : ดูแลผู้ป่วยดุจญาติพี่น้อง ใจกว้างใจไพเราะ ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ 2) ด้านมาตรฐานวิชาชีพ : ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียน ให้บริการแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย

<b>สามัคคี</b>	หมายถึง ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยความรักและสามัคคีนำความรู้ ทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงานมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และมีความรับผิดชอบร่วมกัน
<b>ซื่อสัตย์</b>	หมายถึง ซื่อสัตย์ต่อการทำงาน และซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ 1) ซื่อสัตย์ต่อการทำงาน หมายถึง ตรงต่อเวลา ปฏิบัติงานตามเวลาราชการที่กำหนด ทำงานด้วยความตั้งใจจริง มุ่งให้งานสำเร็จเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมและรักษาผลประโยชน์ทางราชการ มีความสุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ 2) ซื่อสัตย์ต่อหน้าที่ หมายถึง รู้บทบาทหน้าที่ของตนตามวิชาชีพและในงานที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมาย และทำตามหน้าที่ให้ดีที่สุด ต้องเอาใจใส่หน้าที่งานสำเร็จเกิดผลดี ไม่ละทิ้งภาระหน้าที่กลางคัน หรือทิ้งภาระให้คนอื่น

### 1.5. ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

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

## 1.6. ประเด็นยุทธศาสตร์

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



## วิสัยทัศน์ : ภายในปี 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม

<b>Mission</b>	1. ให้บริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง	2. พัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 7	3. บริหารจัดการระบบสุขภาพ และทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ	4. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข
<b>C.competency</b>	1. บริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง รวมถึงเป็นแม่ข่ายเขตสุขภาพที่ 7	2. บริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับระดับตติยภูมิในเครือข่ายบริการ	3. บริหารจัดการระบบสุขภาพ และทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ	4. ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

**Core value**



**บริการดี**



**สามัคคี**



**ซื่อสัตย์**

<b>1. P&amp;P Excellence</b>	<b>2. Service Excellence</b>	<b>3. People Excellence</b>	<b>4. Governance Excellence</b>
"สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ มุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ" <b>(Empowerment of Primary Care)</b>	"ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นที่พึงของเขตสุขภาพ" <b>(Service Excellence Care Upgrading to Better Service)</b>	"คนเก่ง ดี มีความสุข" <b>(People Excellence)</b>	"บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล" <b>(Governance Excellence)</b>
1. สัดส่วนผู้ใช้บริการ CUP: แม่ข่าย <b>เพิ่มขึ้น</b> 2. เครือข่าย พชต. เขตเมือง <b>เพิ่มขึ้น</b> 3. อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรครายใหม่ (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) <b>ลดลง</b> <b>3</b>	4. ระยะเวลาแรกรับจนรับยาเสร็จ 5. รับบริการเฉลี่ยที่ OPD 6. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ 7. ผู้ป่วยที่รับบริการที่ ER 8. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน KESI 9. อัตราการเสียชีวิต TBI 10. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma 11. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score >0.5 12. อัตราการตาย STEMI 13. อัตราตายหลังจากผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 14. อัตราการตาย Newborn 15. ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก 16. การปลูกถ่ายไต 17. บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย 18. บริจาคดวงตา 19. อัตราตาย stroke 20. ผู้ป่วย Stroke fast tract ใ้รับยา rtPA 21. อัตราความพึงพอใจ 22. ตัวชี้วัด Zero Defect 23. อัตราตายรวม 24. AMR 25. Sepsis 26. TB 27. 2P safety 28. Personal Safety Goal 29. Risk Register <b>26</b>	30. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI 31. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง 32. ค่าดัชนีมวลกายปกติ 33. (GREEN&CLEAN Hospital 34. Loss Rate <b>5</b>	35. ลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลง 36. ITA 37. ค่า CMI เพิ่มขึ้น 38. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพิ่มขึ้น 39. ปัญหาทางการเงิน 40. ระบบจัดซื้อจัดจ้าง 41. มาตรฐาน AHA 42. งานวิจัย/R2R 43. Health Literacy 44. ระบบ H4U. 45. ระบบ Queue Online 46. ระบบ HIS 47. Cockpit monitor Online <b>13</b>

**Primary**

**Secondary**

**Tertiary**

**Excellence**

## 2. แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดปี 2562

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

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	มาตรฐาน	ความถี่ รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline			Owner	Stakeholder	HA	
1	KPC-01	สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น	79:21	80:20	80:20	ก.เวชกรรมสังคม	-ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.) -กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาล -สสอ. -สขศ. -พรส.	IV-1	ทุกเดือน
2	KPC-02	จำเครื่องช่วย พชต.เขตอำเภอเมือง (16 ตำบล) ผ่านเกณฑ์	NA	5 แห่ง	10 แห่ง	ก.เวชกรรมสังคม	-ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.) -กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาล -สสอ. -สขศ. -พรส.	IV-1	ทุก 3 เดือน
3	KPC-03	อัตราการเกิดโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค ลดลง				ก.เวชกรรมสังคม	-ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.) -กลุ่มภารกิจด้าน การพยาบาล -สสอ. -สขศ. -พรส.	IV-1	รายปี
		• ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	NA	≥ 5 %	≥ 5 %				
		• อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	NA	≥ 2.5%	≥ 2.5%				
		• อัตราอุบัติการณ์รายใหม่โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลดลง	NA	ลดลง ≥ 2.5	ลดลง ≥ 2.5				
		• ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคไตรายใหม่ต่อประชากรลดลง	NA	ลดลง 5% เมื่อเทียบกับปี ที่ผ่านมา	ลดลง 5% เมื่อเทียบกับ ปี ที่ผ่านมา				
• อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	NA	ลดลง	ลดลง						

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

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline	ปี 62	ปี 63	Owner	Stakeholder	HA	
4	KL-01	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการ OPD ภายใน 2 ชม.	38.49%	>50%	>60%	PST OPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรแพทย์</li> <li>- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</li> <li>- ก.เภสัชกรรม</li> <li>- ก.เทคนิคการแพทย์</li> <li>- ก.รังสีการแพทย์</li> <li>- ก.สารสนเทศทางการแพทย์</li> </ul>	IV-2	ทุกเดือน
5	KL-02	ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD	188 นาที	<150 นาที	<120 นาที	PST ER		IV-2	ทุกเดือน
6	KL-03	ระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์	119.34%	<60 นาที	<60 นาที			IV-2	ทุกเดือน
7	KL-04	ระยะเวลาผู้ป่วยรับบริการที่ ER ในกลุ่ม (1) KESI 1 ภายใน 60 นาที	21.84%	<20%	<20%			PST ER	<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรแพทย์</li> <li>- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</li> <li>- ก.เภสัชกรรม</li> <li>- ก.เทคนิคการแพทย์</li> <li>- ก.รังสีการแพทย์</li> <li>- ก.สารสนเทศทางการแพทย์</li> </ul>
		ระยะเวลาผู้ป่วยรับบริการที่ ER ในกลุ่ม (2) KESI 2 ภายใน 120 นาที	37.76%	<20%	<20%				
		ระยะเวลาผู้ป่วยรับบริการที่ ER ในกลุ่ม (3) KESI 3 ภายใน 240 นาที	18.48%	<10%	<10%				
8	KL-05	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน KESI 1 ภายใน 24 ชม.	5.7%	5.5%	5%			IV-2	ทุกเดือน
9	KHRO-01	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง Severe traumatic brain injury (TBI)	30.87%	<45%	<40%	ศูนย์อุบัติเหตุฯ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</li> <li>- หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ</li> <li>- หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ</li> <li>- หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท</li> </ul>	IV-4	ทุกเดือน
10	KHRO-02	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16	14.24%	<20%	<15%	ศูนย์อุบัติเหตุฯ		IV-4	ทุกเดือน
11	KHRO-03	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score >0.5		<60%	<50%	ศูนย์อุบัติเหตุฯ		IV-4	ทุกเดือน
12	KHRO-04	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	8.07%	≤10%	≤10%	ศูนย์หัวใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</li> <li>- ก.เภสัชกรรม</li> </ul>	IV-4	ทุกเดือน
13	KHRO-05	อัตราการตายภายใน 30 วัน หลังจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	2.86%	≤7%	≤7%	ศูนย์หัวใจ(หน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานห้องผ่าตัด</li> <li>- ก.วิสัญญี</li> </ul>	IV-4	ทุกเดือน
14	KHRO-06	อัตราการตายทารกแรกเกิดเกิดภายใน 28 วัน	7.29: 1,000 การเกิดมีชีพ	≤4 : 1,000 การเกิดมีชีพ	≤4 : 1,000 การเกิดมีชีพ	ศูนย์ทารกแรกเกิด	ก. สูติรีเวชกรรม	IV-4	ทุกเดือน

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline			Owner	Stakeholder	HA	
15	KHRO-07	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด						IV-4	ทุกเดือน
		15.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	60.70%	≥80%	≥80%	ศูนย์มะเร็ง	- ก.ศัลยกรรม - ก.อายุรกรรม		
		15.2 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	78.60%	≥80%	≥80%	ศูนย์มะเร็ง	- งานการพยาบาลห้องผ่าตัด - ก.รังสีวิทยา		
		15.3 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	57.30%	≥80%	≥80%	ศูนย์มะเร็ง	- ก.วิสัญญีวิทยา - ก.เภสัชกรรม		
16	KHRO-08	อัตราความสำเร็จของการปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี	80%	≥85%	≥90%	ศูนย์ปลูกถ่ายและรับบริจาคอวัยวะ	- ก.อายุรกรรม - ก.ศัลยกรรม	IV-4	ทุก 3 เดือน
17	KHRO-09	อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (0.8:100)	NA	>0.8	≥0.9	ศูนย์ปลูกถ่ายและรับบริจาคอวัยวะ	- ก.เภสัชกรรม - หน่วยไตเทียม	IV-4	ทุก 3 เดือน
18	KHRO-10	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (1.4:100)	NA	>1.4	≥1.6	ศูนย์ปลูกถ่ายและรับบริจาคอวัยวะ	- ก.จักษุวิทยา	IV-4	ทุก 3 เดือน
19	KHRO-11	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7	6.68%	≤7%	≤7%	Stroke Unit	- ก.อายุรกรรม	IV-4	ทุกเดือน
20	KHRO-12	อัตราผู้ป่วย Stroke fast tract การได้รับยา rtPA	7.10%	≥7%	>7%	Stroke Unit	- ก.ศัลยกรรม - งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - งานการพยาบาลห้องผ่าตัด - ก.วิสัญญีวิทยา - ก.เภสัชกรรม	IV-4	ทุกเดือน
21	KHRO-13	อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ (1) ผู้ป่วยนอก	98%	>90%	>90%	ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - PST OPD/ ER - ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ก.บริหารทั่วไป - ก.ประกันสุขภาพ - ฝ่ายประชาสัมพันธ์และบริการทั่วไป	IV-2	ทุกเดือน
		(2) ผู้ป่วยใน	90%	>90%	>90%				



ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline	ปี 62	ปี 63	Owner	Stakeholder	HA	
22	KHRO-14	ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์	60%	100%	100%	กก.บริหารความเสี่ยง รพ.	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน - PCT ต่างๆ	IV-5	ทุกเดือน
23	KHRO-15	อัตราการตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล	2.03%	<2%	<2%	กก.บริหารความเสี่ยง รพ.	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน - PCT ต่างๆ	IV-5	ทุกเดือน
24	KIC-01	อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)	1.31%	≤0.84%	≤0.8%	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.เภสัชกรรม - ทุก PCT	IV-4	ทุกเดือน
25	KIC-02	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	33.50%	<30%	<30%	PCT อายุรกรรม	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	IV-4	ทุกเดือน
26	KIC-03	อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	81.32%	>85%	>85%	ก.เวชกรรมสังคม	- ก.เภสัชกรรม - ทุก PCT	IV-4	รายปี
27	KRM-01	จำนวนครั้งของความเสี่ยงตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient safety ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป	NA	0	0	กก.บริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	IV-5	ทุกเดือน
28	KRM-02	จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับ ความรุนแรง ตั้งแต่ E ขึ้นไป	NA	0	0		- ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน - PCT ต่างๆ	IV-5	ทุกเดือน
29	KRM-03	จำนวนความเสี่ยงรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง	NA	10 เรื่อง	20 เรื่อง			IV-5	ทุก 3 เดือน

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

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline	ปี 62	ปี 63	Owner	Stakeholder	HA	
30	KHR-01	จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เป็นผลมาจากสมรรถนะของบุคลากร	NA	<10 ครั้ง	<5 ครั้ง	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน - ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล - PCT ต่างๆ	IV-3	ทุกเดือน
31	KHR-02	จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร	NA			ฝ่ายประชาสัมพันธ์และบริการทั่วไป	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน - ศูนย์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร - ก.ประกันสุขภาพ	IV-2	ทุกเดือน
32	KHR-03	ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18-22.9)	44.03%	≥50%	≥55%	ก.สุขศึกษา	- ก.อาชีพเวชกรรม - ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล - ก.เวชกรรมสังคม	IV-3	ทุกเดือน
33	KHR-04	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN&CLEAN Hospital)	ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับ Plus	ก.สุขศึกษา	- ก.อาชีพเวชกรรม - ก.บริหารงานทั่วไป - ก.สุขศึกษา - ก.โภชนศาสตร์	IV-3	ทุก 3 เดือน
34	KHR-05	อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)	NA	<5%	<5%	ก.ทรัพยากรบุคคล	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล - ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก	IV-3	ทุกเดือน

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

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline	ปี 62	ปี 63	Owner	Stakeholder	HA	
35	KL-06	ร้อยละหน่วยงานที่สามารถลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลง	NA	>50%	>60%	- ก.นโยบายและยุทธศาสตร์	- งานทบทวนการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ - ทุกหน่วยงาน	IV-4	ทุก 3 เดือน
36	KHRO-16	ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	96%	>98%	100%	- กก.ธรรมาภิบาล	- ทุกหน่วยงาน (รพ.ชก+CUP)	IV-4	ทุก 3 เดือน
37	KHRO-17	ค่า CMI	1.98	2.00	2.02	- พรส. - ก.สารสนเทศทางการแพทย์	- องค์กรแพทย์ - องค์กรพยาบาล - ทุก PCT	IV-5	ทุก 3 เดือน
38	KHRO-18	ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (1) ผู้ป่วยนอก	82.60%	85%	85%	- พรส. - ก.สารสนเทศทางการแพทย์	- กก.พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน - PST OPD - PST ER - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล	IV-5	ทุก 2 เดือน
		(2) ผู้ป่วยใน	88.11%	85%	85%			IV-5	ทุก 2 เดือน
39	KHRO-19	ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร	ระดับ 0	ระดับ 0	ระดับ 0	- ก.บัญชี	- คณะกรรมการการเงินการคลัง - ก.การเงิน - ก.ประกันสุขภาพ - ก.พัสดุ - หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง	IV-6	ทุกเดือน
40	KHRO-20	ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบประมาณ (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา)	100%	100%	100%	- ก.พัสดุ	- ทุกหน่วยงาน - ก.พัสดุ	IV-6	ทุก 3 เดือน
41	KAHA-01	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน AHA	NA	ระดับ 3	ระดับ 4	ศูนย์ Q&S	- องค์กรแพทย์ - กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล - ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ก.เวชกรรมสังคม - ก.พยาธิวิทยาภาค - ศูนย์คลังเลือดกลาง - งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. - คณะกรรมการบริหาร รพ. - คณะกรรมการบริหารและพัฒนา กำลังคน (HR Board)	IV-4	ทุก 3 เดือน

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
				ปี 62	ปี 63				
NO.	KPI	KPI	Baseline			Owner	Stakeholder	HA	
							<ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการบริการความเสี่ยง</li> <li>- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด</li> <li>- กก.สิ่งแวดล้อม</li> <li>- กรรมการบริหารกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์</li> <li>- กก. X-ray</li> <li>- งานเทคโนโลยี</li> <li>- ทุก PCT</li> </ul>		
42	KAHA-02	จำนวนงานวิจัย/R2R/ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	10 เรื่อง	15 เรื่อง	18 เรื่อง	กก.วิจัย	- ทุกหน่วยงาน	IV-4	ทุก 3 เดือน
43	KAHA-03	จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy	NA	>60%	>70%	คณะกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรแพทย์</li> <li>- ก.การพยาบาล</li> <li>- ก.สุขศึกษา</li> <li>- ศูนย์วิจัย</li> </ul>	IV-1	ทุก 3 เดือน
44	KSH-01	อัตราการตอบสนองต่อการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ภายใน 24 ชม.	NA	>80%	>90%	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	- ก.สารสนเทศทางการแพทย์	IV-2	ทุกเดือน
45	KSH-02	ร้อยละของหน่วยงานด้านหน้าที่ใช้ระบบ Queue Online	NA	>80%	>90%	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OPD</li> <li>- ER</li> <li>- โสต ศอ นาสิก</li> <li>- ห้องจ่ายยา</li> <li>- ห้องตรวจประกันสังคม</li> <li>- Lab - X-ray</li> <li>- ก.สารสนเทศทางการแพทย์</li> </ul>	IV-2	ทุกเดือน
46	KSH-03	ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS	NA	ระดับ 3	ระดับ 4	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- องค์กรแพทย์</li> <li>- ก.การพยาบาล</li> <li>- ก.เภสัชกรรม</li> <li>- Lab</li> <li>- X-ray</li> <li>- ก.บริหารงานทั่วไป</li> <li>- ก.พัสดุ</li> <li>- ก.การเงิน - ก.บัญชี</li> </ul>	IV-5	ทุก 3 เดือน

ลำดับ	รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล	เป้าหมาย (Target)		ผู้รับผิดชอบหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	สอดคล้องมาตรฐาน	ความถี่รายงาน
NO.	KPI	KPI	Baseline	ปี 62	ปี 63	Owner	Stakeholder	HA	
47	KSH-04	ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online	NA	ระดับ 3	ระดับ 4	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	- ก.สารสนเทศทางการแพทย์ - ทุกหน่วยงาน	IV-5	ทุก 3 เดือน



บทที่ 2  
รายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์  
(KPI Template)

## บทที่ 2 รายละเอียดตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ (KPI Template)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (Prevention & Promotion Excellence (PPE))		
เข็มมุ่งองค์กร	1. Smart Primary Care		
จุดเน้นการพัฒนา	1. Smart PC		
รหัสตัวชี้วัด	KPC-01		
ชื่อตัวชี้วัด	1. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (CUP) ที่ใช้บริการรพ.สต และ ศสม. เทียบกับ รพ.ขอนแก่น		
นิยาม	<p>ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในที่นี้เป็นผู้ป่วยนอกทั่วไป (GP)</p> <p>ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งในเขตเทศบาลนครขอนแก่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 4 มุมเมือง ได้แก่ ศูนย์แพทย์มิตรภาพ วัดหนองแวง ประชาสโมสร และชาตะผดุง</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตชนบท ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เน้นบริการสุขภาพในพื้นที่เชิงรุก (18 แห่ง)</p> <p>โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลขอนแก่น</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 25 $\square$ 2	ปี 2563	
	80:20	80:20	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น 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 2562	ปี 2563
	0	<75 : >25	<75 : >25
	1	76: 24	76: 24
	2	77: 23	77: 23
	3	78 : 22	78 : $\square$ 2
	4	79: 21	79: 21
	5	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20
การประมวลผล	เกณฑ์	ปี 2562	ปี 2563
	ผ่าน	≥ 80 : ≤ 20	≥ 80 : ≤ 20
	ไม่ผ่าน	< 80 : > 20	< 80 : > 20
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ		
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายงานเดือนละ 1 ครั้ง		
เอกสารสนับสนุน	รายงานการประชุม CUP Board		
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-336789 ต่อ 1184 (นายรณยุทธชาติพิศุข)		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ./ศสม./รพ.สต./ศูนย์เทศบาล/สสส./กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (Prevention & Promotion Excellence (PPE))				
เข็มมุ่งองค์กร	1. Smart Primary Care				
จุดเน้นการพัฒนา	1. Smart PC				
รหัสตัวชี้วัด	KPC-02				
ชื่อตัวชี้วัด	<b>2. จำนวนเครือข่าย พชต.เขตอำเภอเมืองขอนแก่น (16 ตำบล) ผ่านเกณฑ์</b>				
นิยาม	<p><b>เครือข่าย พชต. หมายถึง</b> คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล โดยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกันโดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p><b>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้</b></p> <p>1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบลที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS-PCA</p> <p>2. มีผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลผ่านตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่กำหนดตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ หมายถึง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่</p> <p><b>ตำบล หมายถึง</b> เป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยซึ่งมีขนาดเล็กกว่าอำเภอและจังหวัด อำเภอเมืองขอนแก่น มี 18 ตำบล (อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเครือข่าย CUP โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 16 ตำบล) ประกอบด้วย ตำบลในเมือง ตำบลสารภี ตำบลโคกสี ตำบลบ้านทุ่ม ตำบลเมืองเก่า ตำบลพระลับ ตำบลสาวะถี ตำบลบ้านหว้า ตำบลบ้านค้อ ตำบลแดงใหญ่ ตำบลดอนช้าง ตำบลศิลา ตำบลหนองตม ตำบลบ้านเป็ด ตำบลบึงเนียม ตำบลโนนท่อน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนตำบลในเขตอำเภอเมืองขอนแก่นที่ผ่านเกณฑ์ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 แห่ง</td> <td>10 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	6 แห่ง	10 แห่ง
ปี 2562	ปี 2563				
6 แห่ง	10 แห่ง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	16 ตำบล เขตอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวบรวมผลการประเมิน				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-232555 ต่อ 1184,3306 (นายรณยุทธ ชาติพิศุชา)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ขอนแก่น)/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น				



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1	สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ (Prevention & Promotion Excellence (PPE))					
เข็มมุ่งองค์กร	1. Smart Primary Care					
จุดเน้นการพัฒนา	2. Smart Health Literacy : SHL					
รหัสตัวชี้วัด	KPC-03					
ชื่อตัวชี้วัด	3. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรครายใหม่ (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) ลดลง					
นิยาม	โรค 5 กลุ่มโรค หมายถึง (DM, HT, Stroke, CKD, CVD) 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3. ผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไต 4. ผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไต 5. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด * คำนวณแยกรายโรค					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ลดลง <math>\geq 2.5</math> : แสนปชก.</td> <td><math>\geq 3</math> : แสนปชก.</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	ลดลง $\geq 2.5$ : แสนปชก.	$\geq 3$ : แสนปชก.	
ปี 2562	ปี 2563					
ลดลง $\geq 2.5$ : แสนปชก.	$\geq 3$ : แสนปชก.					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพสต./สสอ./รพศ.					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวบรวมผลการประเมินฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ.					

รหัสตัวชี้วัด	KPC-03					
ชื่อตัวชี้วัด	(1) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง					
นิยาม	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>\geq</math> ร้อยละ 5</td> <td><math>\geq</math> ร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	$\geq$ ร้อยละ 5	$\geq$ ร้อยละ 5	
ปี 2562	ปี 2563					
$\geq$ ร้อยละ 5	$\geq$ ร้อยละ 5					
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน					
รายงานข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา					
สูตรคำนวณ	$(A/B) * 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น					
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี					
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร 043-009900 ต่อ 1184 (นางอรรพรรณ ศรีเก็น) เบอร์โทร 094-5352906					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ.					

รหัสตัวชี้วัด	KPC-03	
ชื่อตัวชี้วัด	(2) อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	
นิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562 ≥ ร้อยละ 2.5	ปี 2563 ≥ ร้อยละ 2.5
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ( I10-I15 ) ในปีงบประมาณปัจจุบัน	
รายงานข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ( I10-I15 ) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา	
สูตรคำนวณ	(A/B)*100	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	รายปี	
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร 043-009900 ต่อ 1184 (นางอรรพรรณ ศรีเก็น) เบอร์โทร 094-5352906	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ.	

รหัสตัวชี้วัด	KPC-03	
ชื่อตัวชี้วัด	(3) ร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคไตรายใหม่ต่อประชากรลดลง	
นิยาม	ผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไต	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562 ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ปี 2563 ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณนั้นที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไต	
รายงานข้อมูล 2	B = ประชากรตามทะเบียนราษฎรในปีงบประมาณเดียวกัน	
สูตรคำนวณ	(A*100,000)/ B	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	รายปี	
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร 043-009900 ต่อ 1184 (นางสาววิฑูรติพิศ รังสิยานนท์) เบอร์โทร 089- 4355449	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ.	

รหัสตัวชี้วัด	KPC-03	
ชื่อตัวชี้วัด	(4) อัตราอุบัติการณ์รายใหม่โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลดลง	
นิยาม	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ในปี.....	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 25□2 ลดลงร้อยละ 2.5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ปี 2563 ลดลงร้อยละ 2.5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	
รายงานข้อมูล 2	B = ประชากรตามทะเบียนราษฎรในปีงบประมาณเดียวกัน	

สูตรคำนวณ	$(A*100,000/B)$
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	รายปี
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-009900 ต่อ 1184 (นางกนกพิชญ์ กาฬหว่า) โทร 065-6939645
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ.

รหัสตัวชี้วัด	KPC-03
ชื่อตัวชี้วัด	<b>(5) อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด</b>
นิยาม	ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรในปีงบประมาณนั้นที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
รายงานข้อมูล 2	B = ประชากรตามทะเบียนราษฎรในปีงบประมาณเดียวกัน
สูตรคำนวณ	$(A/B)* 100$
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล	รายปี
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 043-009900 ต่อ 1184 (นางกนกพิชญ์ กาฬหว่า) โทร 065-6939645
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP รพ.ชก.)/สสอ.

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	2. Lean Enterprise					
หมวดตัวชี้วัด	1. ระบบบริการ OPD/ER					
รหัสตัวชี้วัด	KL-01					
ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลาบริการตั้งแต่แรกรับจนรับยาเสร็จ ภายใน 2 ชม.					
นิยาม	<p>ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>ระยะเวลาบริการตั้งแต่แรกรับจนรับยาเสร็จ หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการ นับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลขอนแก่นและได้รับการคัดกรองแยกห้องตรวจ จนถึงได้รับยา</p> <p>หมายเหตุ : สุ่มเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น มาก่อนเวลาเปิดทำการมากกว่า 1 ชั่วโมง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&gt;50%</td> <td>&gt;50%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	>50%	>50%	
ปี 2562	ปี 2563					
>50%	>50%					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการที่โรงพยาบาลภายใน 2 ชม.					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โทร. 043-009900 ต่อ 1132 (นางรมฉัตร คุณรักษ์)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มการพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ก.เทคนิคการแพทย์/ ก.รังสีการแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	2. Lean Enterprise					
จุดเน้นการพัฒนา	1. ระบบบริการ OPD/ER					
รหัสตัวชี้วัด	KL-02					
ชื่อตัวชี้วัด	5. ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD					
นิยาม	<p>ระยะเวลารอคอย หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการนับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการคัดกรองแยกห้องตรวจ จนถึงได้รับยา</p> <p>ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการตรวจที่โรงพยาบาลจนกระทั่ง โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>หมายเหตุ : สุ่มเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น มาก่อนเวลาเปิดทำการมากกว่า 1 ชั่วโมง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&lt;150 นาที</td> <td>&lt;120 นาที</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	<150 นาที	<120 นาที	
ปี 2562	ปี 2563					
<150 นาที	<120 นาที					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น					
รายการข้อมูล 1	A = ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการทั้งหมด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โทร. 043-009900 ต่อ 1132 (นางรมฉัตร คุณรักษ์)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มการพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ก.เทคนิคการแพทย์/ ก.รังสีการแพทย์/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))				
เข็มมุ่งองค์กร	2. Lean Enterprise				
จุดเน้นการพัฒนา	1. ระบบบริการ OPD/ER				
รหัสตัวชี้วัด	KL-03				
ชื่อตัวชี้วัด	6. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจจากแพทย์				
นิยาม	ระยะเวลารอคอย หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการนับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการคัดกรองแยกห้องตรวจ จนถึงได้รับการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลจนกระทั่ง โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หมายเหตุ : สุ่มเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในข้อจำกัดในการให้บริการ เช่น มาก่อนเวลาเปิดทำการมากกว่า 1 ชั่วโมง				
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;60 นาที</td> <td>&lt;60 นาที</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	<60 นาที	<60 นาที
ปี 2562	ปี 2563				
<60 นาที	<60 นาที				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น				
รายการข้อมูล 1	A = ระยะเวลารอคอยที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โทร. 043-009900 ต่อ 1132 (นางรมฉัตร คุณรักษ์)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มการพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ก.เทคนิคการแพทย์/ ก.รังสีการแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))												
เข็มมุ่งองค์กร	2. Lean Enterprise												
จุดเน้นการพัฒนา	1. ระบบบริการ OPD/ER												
รหัสตัวชี้วัด	KL-04												
ชื่อตัวชี้วัด	7. ร้อยละของผู้ป่วยที่รับบริการที่ ER เกินระยะเวลาที่กำหนดอยู่ในห้องฉุกเฉินเกินระยะเวลาที่กำหนด												
นิยาม	<p>ระยะเวลาที่รับการรักษา หมายถึง ระยะเวลา นับเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการ (Time-in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (Time-out) ซึ่งอาจเป็นการออกโดย จำหน่าย, admit, หรือ refer</p> <p>Emergency Room (ER) หมายถึง ห้องฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วถูกต้องปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพให้บริการตลอด 24 ชม.</p> <p>KESI หมายถึง การคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน กระทำโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมแล้ว เป็นการ คัดแยกเน้นภาวะคุกคามต่อชีวิต และการใช้ทรัพยากรเพื่อวินิจฉัยและรักษา ไม่ใช่การคัดแยกตามการ วินิจฉัยโรค โดยหลักการแล้ว สามารถยอมรับความผิดพลาดของการคัดแยกได้</p> <p>KESI 1 Resuscitation สีแดง ต้องให้การช่วยเหลือทันที และจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 60 นาที</p> <p>KESI 2 Emergent สีชมพู ต้องได้รับการตรวจรักษาในเวลา 5-15 นาที และจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 120 นาที</p> <p>KESI 3 Urgent สีเหลือง รับการตรวจรักษาในเวลา 15-30 นาที และจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 240 นาที</p>												
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>KESI 1 ที่เกิน 60 นาที</p> <table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&lt;20%</td> <td>&lt;20%</td> </tr> </table> <p>KESI 2 ที่เกิน 120 นาที</p> <table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&lt;20%</td> <td>&lt;20%</td> </tr> </table> <p>KESI 3 ที่เกิน 240 นาที</p> <table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&lt;10%</td> <td>&lt;10%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	<20%	<20%	ปี 2562	ปี 2563	<20%	<20%	ปี 2562	ปี 2563	<10%	<10%
ปี 2562	ปี 2563												
<20%	<20%												
ปี 2562	ปี 2563												
<20%	<20%												
ปี 2562	ปี 2563												
<10%	<10%												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ER รพ.ขอนแก่น ได้แก่ ผู้ป่วย KESI 1 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน เกิน 60 นาที ,ผู้ป่วย KESI 2 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินเกิน 120 นาที และผู้ป่วย KESI 3 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินเกิน 240 นาที												
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย ผู้ป่วย KESI 1 , KESI 2 , KESI 3 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินที่เกินเวลาที่กำหนด												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย ผู้ป่วย KESI 1 , KESI 2 , KESI 3 ที่รับบริการทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ												
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน												
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โทร. 043-232555 ต่อ 1203												
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มการพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ก.เทคนิคการแพทย์/ ก.รังสีการแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์												

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))								
เข็มมุ่งองค์กร	2. Lean Enterprise								
จุดเน้นการพัฒนา	1. ระบบบริการ OPD/ER								
รหัสตัวชี้วัด	KL-05								
ชื่อตัวชี้วัด	8. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (KESI 1) ภายใน 24 ชม.								
นิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการ บริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่ อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะ ปกติ และภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล(Referral System ) การจัดการ สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster ) โดยมีแนวคิดในการพัฒนา ”ห่วงโซ่คุณภาพ” (Chain of Quality) เพื่อสร้าง ”ห่วงโซ่ในการรอดชีวิต “(Chain of Survival) ของผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</li> <li>2) ลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่ป้องกันได้ จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน</li> <li>3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</li> </ol> <p>ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก เป็น KESI Level 1 การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่ เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมการเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Baseline ปี 61</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 5.72</td> <td>ร้อยละ 5.5</td> <td>...ร้อยละ 5</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline ปี 61	ปี 2562	ปี 2563	ร้อยละ 5.72	ร้อยละ 5.5	...ร้อยละ 5		
Baseline ปี 61	ปี 2562	ปี 2563							
ร้อยละ 5.72	ร้อยละ 5.5	...ร้อยละ 5							
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (KESI 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาห้องฉุกเฉิน ( KESI 1) ทั้งหมด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ								
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน								
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โทร. 043-232555 ต่อ 1203 (นางธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา)								
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มการพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ก.เทคนิคการแพทย์/ ก.รังสีการแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์								



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-01	
ชื่อตัวชี้วัด	9. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury (TBI)	
นิยาม	ผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง Severe traumatic brain injury (STBI) หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ระดับ GCS < 9 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอกทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูก ใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	< 40%	<40%
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury (TBI) ที่เสียชีวิต	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury (TBI) ทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ (ฐานข้อมูล Injury Surveillance)	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์อุบัติเหตุฯ โทร. 043 - 009900 ต่อ 1420 (นางสาวอรไท โพธิ์ไชยแสน)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ/ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ/ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาท	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-02	
ชื่อตัวชี้วัด	10. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16	
นิยาม	ผู้ป่วย Severe Trauma ค่า ISS >16 หมายถึง ผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงการบาดเจ็บแบ่งตามการบาดเจ็บอวัยวะของร่างกาย 6 ส่วน ให้คะแนนการบาดเจ็บตามคู่มือ AIS	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	<20%	<20%
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16 ที่เสียชีวิต	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย Severe Trauma ที่มีค่า ISS >16 ทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ (ฐานข้อมูล Injury Surveillance)	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์อุบัติเหตุฯ โทร. 043 - 009900 ต่อ 1420 (นางสาวอรไท โพธิ์ไชยแสน)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ/ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ/ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ(Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization					
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา					
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-03					
ชื่อตัวชี้วัด	11. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS score > 0.75					
นิยาม	PS > 0.75 หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าร้อยละ 75 โดยคำนวณโอกาสรอดชีวิต PS Score จากค่า ISS , V/S, GCS แรกรับและอายุผู้ป่วย					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&lt; 1 %</td> <td>&lt; 1 %</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	< 1 %	< 1 %	
ปี 2562	ปี 2563					
< 1 %	< 1 %					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย PS score > 0.75 ที่เสียชีวิตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ทั้งหมดที่นอนรักษาในโรงพยาบาล					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ( ฐานข้อมูล Injury Surveillance )					
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์อุบัติเหตุฯโทร. 043 -009900 ต่อ 1420 (นางสาวอรไท โพธิ์ไชยแสน)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ/ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ/ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-04	
ชื่อตัวชี้วัด	12. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	
นิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียกขึ้น (ST segment elevation) Principal Diagnosis (pdx =I21.0- I21.3) และเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	≤10%	≤10%
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่รับไว้รักษาทั้งหมดในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์หัวใจ โทร. 043 – 009900 ต่อ 4494 (นางจิราพร น้อมกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/ ก.เภสัชกรรม	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization					
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา					
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-05					
ชื่อตัวชี้วัด	13. อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล					
นิยาม	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20 -I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตาย ของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ST Elevated					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤10%</td> <td>≤10%</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	≤10%	≤10%	
ปี 2562	ปี 2563					
≤10%	≤10%					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ในโรงพยาบาล					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์หัวใจ โทร. 043 – 009900 ต่อ 4494 (นางจิราพร น้อมกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/ ก.เภสัชกรรม					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-06	
ชื่อตัวชี้วัด	14. อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน	
นิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาล	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	≤4 : 1,000 การเกิดมีชีพ	≤4 : 1,000 การเกิดมีชีพ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน ในโรงพยาบาล	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์ทารกแรกเกิด โทร. 043 -009900 ต่อ 3752 (นางมนัสวี พันธวาณิชย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก. สูตินรีเวชกรรม	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-07
ชื่อตัวชี้วัด	<b>15. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</b>
นิยาม	<p><b>1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่</b> มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53)</p> <p><b>2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง</b> การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขียยนวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง</b> การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขียยนวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p><b>4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง</b> การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขียยนวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- ในกรณีไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</li> </ul> <p>หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรคนั้นไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา $\leq 4$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด $\leq 6$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา $\leq 6$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ		
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน		
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศุภนัยมะเร็ง โทร. 885605 (นางเพชรภรณ์ ประสารฉ่ำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.ศัลยกรรม/ ก.อายุรกรรม/ งานห้องผ่าตัด/ ก.รังสีวิทยา / ก.วิสัญญี/ ก.เภสัชกรรม		



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization					
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา					
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-08					
ชื่อตัวชี้วัด	16. อัตราความสำเร็จของการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี					
นิยาม	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้สมองตาย (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant) อัตราความสำเร็จของการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ภายใน 1 ปี หมายถึง อัตราการรอดของไตหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Graft survival rate) ใน 1 ปี					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>≥85%</td> <td>≥90%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	≥85%	≥90%	
ปี 2562	ปี 2563					
≥85%	≥90%					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 1 ปี ที่มีการรอดของไต (Graft survival) ทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2561					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตใน 1 ปี ทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2561					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์ปลูกถ่ายและรับบริจาคอวัยวะ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 6 เดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์ปลูกถ่ายและรับบริจาคอวัยวะ โทร. 043 -232555 ต่อ 4058 (นางสาวนุจนาฏ รินทวูธ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.อายุรกรรม/ก.ศัลยกรรม/ก.ห้องผ่าตัด/ก.วิสัญญี/ก.เภสัชกรรม/หน่วยไตเทียม/					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ(Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-09	
ชื่อตัวชี้วัด	17. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ( $\geq 0.8:100$ )	
นิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) = ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อนำไปปลูกถ่าย</li> <li>• จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุในปีงบประมาณก่อนการรายงานตัวชี้วัด (เช่นรายงานผลตัวชี้วัดไตรมาสที่ 1 ปี 2562 ให้ใช้ข้อมูลผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลในไตรมาสที่ 1 ปี 2561)</li> </ul>	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	$\geq 0.8:100$	$\geq 0.9:100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุในปีงบประมาณ 2561	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (Actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ มาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลขอนแก่นในช่วงเวลานั้นในปีงบประมาณ 2561	
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุกไตรมาส	
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่าย โทร. 043 -232555 ต่อ 3865 (นางครุณี เจริญสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล /ก.อายุรกรรม/ก.ศัลยกรรม/ก.ห้องผ่าตัด/ก.วิสัญญี/ก.เภสัชกรรม/ศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ/ก.เทคนิคการแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ(Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization					
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา					
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-10					
ชื่อตัวชี้วัด	18. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ( $\geq 1.4:100$ )					
นิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้เสียชีวิตบริจาคดวงตา (actual eye donor) = ผู้เสียชีวิตที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตหรืออาจจากภาวะสมองตาย และไม่มีข้อห้ามในการบริจาคดวงตาตามเกณฑ์การรับบริจาคดวงตา ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยกำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคดวงตาลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการจัดเก็บดวงตาอย่างน้อย 1 ดวงเพื่อนำไปปลูกถ่ายกระจกตา</li> <li>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุในปีงบประมาณก่อนการรายงานตัวชี้วัด (เช่นรายงานผลตัวชี้วัดไตรมาสที่ 1 ปี 2562 ให้ใช้ข้อมูลผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลไตรมาสที่ 1 ปี 2561)</li> </ul>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>\geq 1.4:100</math></td> <td><math>\geq 1.4:100</math></td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	$\geq 1.4:100$	$\geq 1.4:100$	
ปี 2562	ปี 2563					
$\geq 1.4:100$	$\geq 1.4:100$					
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนผู้เสียชีวิตบริจาคดวงตา (actual donor)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. จากทุกสาเหตุในปีงบประมาณ 2561					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตบริจาคดวงตา (Actual donor) จากรายงานประจำเดือนของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ มาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วงเวลานั้นในปีงบประมาณ 2561					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุกไตรมาส					
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่าย โทร. 043 -232555 ต่อ 3865 (นางครุณี เจริญสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล /ก.อายุรกรรม/ก.ศัลยกรรม/ก.ห้องผ่าตัด/ก.กลุ่มงานจักษุ/ศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ/ก.เทคนิคการแพทย์/ก.สารสนเทศทางการแพทย์					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))				
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization				
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา				
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-11				
ชื่อตัวชี้วัด	19. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
นิยาม	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) .1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน ) ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล) admit ( ที่มี ( ชั่วโมงขึ้นไป 4 นานตั้งแต่ principal diagnosis pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง )Stroke ;I60-I69( .3การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง )Stroke ;I60-I69 (				
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปี 25□2</td> <td>ปี 2563</td> </tr> <tr> <td>≤7%</td> <td>≤7%</td> </tr> </table>	ปี 25□2	ปี 2563	≤7%	≤7%
ปี 25□2	ปี 2563				
≤7%	≤7%				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)* 100				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Stroke Unit				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	Stroke Unit โทร. 043 -232555 ต่อ 1451 (นางวันดี แก้วเฮียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.อายุรกรรม/ ก.ศัลยกรรม/ ER/ งานห้องผ่าตัด/ ก.วิสัญญี/ ก.เภสัชกรรม				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	1. ความเชี่ยวชาญระดับสูงทุกสาขา	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-12	
ชื่อตัวชี้วัด	20. อัตราผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับยา rtPA	
นิยาม	ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	≥50%	≥60%
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Stroke Unit	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	Stroke Unit โทร. 043 -232555 ต่อ 1451 (นางวันดี แก้วเฮียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.อายุรกรรม/ ก.ศัลยกรรม/ ER/ งานห้องผ่าตัด/ ก.วิสัญญี/ ก.เภสัชกรรม	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))									
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization									
จุดเน้นการพัฒนา	2. พึงพอใจ ประทับใจ									
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-13									
ชื่อตัวชี้วัด	<b>21. อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ</b>									
นิยาม	ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือญาติ ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยนอก (OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการตรวจที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยใน (IPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป									
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) ผู้ป่วยนอก (OPD)</td> <td>&gt;90%</td> <td><input type="checkbox"/>90%</td> </tr> <tr> <td>(2) ผู้ป่วยใน (IPD)</td> <td>&gt;90%</td> <td>&gt;90%</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563	(1) ผู้ป่วยนอก (OPD)	>90%	<input type="checkbox"/> 90%	(2) ผู้ป่วยใน (IPD)	>90%	>90%
ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563								
(1) ผู้ป่วยนอก (OPD)	>90%	<input type="checkbox"/> 90%								
(2) ผู้ป่วยใน (IPD)	>90%	>90%								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยนอก (OPD) : ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ OPD รพ.ขอนแก่น - ผู้ป่วยใน (IPD) : ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น									
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ									
รายการข้อมูล 1 (OPD)	A1 = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนความคิดเห็นระดับดีขึ้น (ดีถึงดีมาก) B1 = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ สอบถามทั้งหมด									
รายการข้อมูล 2 (IPD)	A2 = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนความคิดเห็นในระดับดีขึ้น B2 = จำนวนผู้ตอบแบบ สอบถามทั้งหมด									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1)*100 (OPD ) (A2/B2)*100 (IPD )									
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน (OPD และ IPD)									
ผู้รับผิดชอบหลัก	ผู้ป่วยนอก (OPD) : กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โทร. 043 -009900 ต่อ 1132 (นางรมฉัตร คุณรักษ์ พยาบาลชำนาญการพิเศษ) ผู้ป่วยใน (IPD) : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน โทร. 043-336789 ต่อ 1252 (น.ส.ภัคจิรา เชื้อนโยธา)									
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	PST OPD/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์									

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization					
จุดเน้นการพัฒนา	3. ปลอดภัย					
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-14					
ชื่อตัวชี้วัด	22. ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์					
นิยาม	<p><b>Zero Defect Indicators</b> หมายถึง ตัวชี้วัดที่ทีมนำองค์กรกำหนดว่ามีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องไม่ให้เกิดความผิดพลาด Zero Defect มี 10 ตัวชี้วัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วย ASA Class 1 ที่เสียชีวิตระหว่างผ่าตัด</li> <li>2) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง</li> <li>3) การทำหัตถการผิดคน ผิดข้าง ระดับ E ขึ้นไป</li> <li>4) การมี Swab หรืออุปกรณ์ค้างในร่างกายผู้ป่วย</li> <li>5) การแพ้ยาสีทำให้เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอันเกิดจากการให้ยาผิดพลาด</li> <li>6) การนำส่งหรือจ่ายเด็กแรกคลอดในโรงพยาบาลผิดคน รวมผู้ป่วยเด็กหาย</li> <li>7) การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพเนื่องจากการให้เลือด</li> <li>8) การลื่นล้ม ตกจากเตียงที่บาดเจ็บรุนแรงระดับ G ขึ้นไป มีผลทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพหรือเสียชีวิต</li> <li>9) ผลกดทับระดับ 3 ขึ้นไป</li> <li>10) ผู้ป่วย ET tube หลุดแล้วไม่เสียชีวิต</li> </ol> <p><b>ระดับความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงสำคัญ (Zero Defect Indicators)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระดับ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการและบทบาทหน้าที่ (Committee)</li> <li>● ระดับ 2 มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันและดำเนินงานมีระบบการเฝ้าระวัง (Surveillance &amp; Policy &amp; Procedure)</li> <li>● ระดับ 3 มีการวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ (KM)</li> <li>● ระดับ 4 มีผลลัพธ์ที่ดีหรือการพัฒนาเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง (Zero/change)</li> <li>● ระดับ 5 มีการขยายผล (Learning &amp; Sharing)</li> </ul>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">ปี 2562</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	100%	100%	
ปี 2562	ปี 2563					
100%	100%					
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนตัวชี้วัด Zero Defect ทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$					
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก.บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล โทร. 043-009900 ต่อ 1107 (น.ส.สุภาพร ตันดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/PCT ต่างๆ					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization	
จุดเน้นการพัฒนา	3. ปลอดภัย	
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-15	
ชื่อตัวชี้วัด	23. อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล	
นิยาม	<p>ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานพยาบาล โดยแพทย์สั่งให้รับไว้เพื่อให้อยู่พักรักษาในสถานพยาบาล และลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน (Admit)</p> <p>การเสียชีวิต หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล</p> <p>การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะทุกกรณี</p> <p>อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิต <math>\times</math> 100/จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	<2%	<2%
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิตจากทุกหอผู้ป่วยในเดือนนั้น	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทุกสถานะจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันนั้น	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โทร. 043-009900 ต่อ1177 (นางบุรารัตน์ ละลี)	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/PCT ต่างๆ	



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))	
เข็มมุ่งองค์กร	4. IC Excellence	
จุดเน้นการพัฒนา	1. การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)	
รหัสตัวชี้วัด	KIC-01	
ชื่อตัวชี้วัด	24. อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (Antimicrobial Resistance, AMR)	
นิยาม	อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance, AMR) หมายถึง สัดส่วนการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลต่อจำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 1 เดือน	
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563
	≤0.84 ครั้ง/1,000 วันนอน	MEAN +/- 3SD (ปี พ.ศ. 2560 - 2562)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลทั้งหมด ใน 1 เดือน	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 1000$	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Active and passive surveillance)	
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน	
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โทร. 043 -009900 ต่อ 1121, 3794	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.อายุรกรรม/องค์กรแพทย์/ ก.การพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ทุก PCT	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))					
เข็มมุ่งองค์กร	4. IC Excellence					
จุดเน้นการพัฒนา	2. Sepsis					
รหัสตัวชี้วัด	KIC-02					
ชื่อตัวชี้วัด	25. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired					
นิยาม	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP <math>\geq 65</math> mm Hg และ มีค่า serum lactate level <math>&gt;2</math> mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis</li> <li>2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis</li> </ol> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป</p> <p>4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยา เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&lt;30%</td> <td>&lt;30%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	<30%	<30%	
ปี 2562	ปี 2563					
<30%	<30%					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)					

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)* 100
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
ผู้รับผิดชอบหลัก	PCT อายุรกรรม โทร. 1450 (นางยุวดี บุญลอย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ ก.การพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม/ ทุก PCT

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence )					
เข็มมุ่งองค์กร	4. IC Excellence					
จุดเน้นการพัฒนา	3. TB					
รหัสตัวชี้วัด	KIC-03					
ชื่อตัวชี้วัด	26. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่					
นิยาม	<p><b>1 ความสำเร็จการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B - ) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซ์เรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p><b>3 กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ</b> ประกอบด้วย</p> <p>4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p><b>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค</b> หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&gt;85%</td> <td>&gt;85%</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	>85%	>85%	
ปี 2562	ปี 2563					
>85%	>85%					

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โทร. 1184 (นางสมหวัง จิเนราวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ ก.การพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม2/ ทุก PCT

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))				
เข็มมุ่งองค์กร	5. Risk management				
จุดเน้นการพัฒนา	1. 2P safety				
รหัสตัวชี้วัด	KRM-01				
ชื่อตัวชี้วัด	27. จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อผู้ป่วยตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป				
นิยาม	จำนวนครั้งของความเสี่ยง หมายถึง จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อผู้ป่วยตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป หมายถึง ใส่ข้อมูล A-I				
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนครั้งของผู้ป่วยตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป <table border="1" data-bbox="518 801 1018 898"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	0	0
ปี 2562	ปี 2563				
0	0				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก.บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล โทร. 043-009900 ต่อ 3635 (น.ส.สุภาพร ตันดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/ PCT ต่างๆ				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))				
เข็มมุ่งองค์กร	5. Risk management				
จุดเน้นการพัฒนา	1. 2P safety				
รหัสตัวชี้วัด	KRM-02				
ชื่อตัวชี้วัด	28. จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป				
นิยาม	จำนวนครั้งของความเสี่ยง หมายถึง จำนวนครั้งของความเสี่ยงต่อผู้ป่วยตามเป้าหมายความปลอดภัย Patient Safety Goal ที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป ความรุนแรงตั้งแต่ E ขึ้นไป หมายถึง ใส่ข้อมูล A-I				
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนครั้งของบุคลากรตามเป้าหมายความปลอดภัย Personal Safety Goal ที่มีระดับความรุนแรง ตั้งแต่ E ขึ้นไป <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	0	0
ปี 2562	ปี 2563				
0	0				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก.บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล โทร. 043-009900 ต่อ 3635 (น.ส.สุภาพร ต้นดี พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/ PCT ต่างๆ				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงของเขตสุขภาพ (Service Excellence (SE))				
เข็มมุ่งองค์กร	5. Risk management				
จุดเน้นการพัฒนา	2. Risk Register				
รหัสตัวชี้วัด	KRM-03				
ชื่อตัวชี้วัด	29. จำนวนความเสี่ยงรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง				
นิยาม	<p>จำนวนความเสี่ยงรุนแรง หมายถึง จำนวนความเสี่ยงที่เข้ากระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยงตาม Risk Matrix แล้วอยู่ใน Zone สีแดง</p> <p>ระบบ Risk Register หมายถึง กระบวนการจัดการความเสี่ยงตั้งแต่การลงทะเบียนความเสี่ยง การวางแผนทางการป้องกันความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการทบทวนเพื่อปรับระบบเมื่อเกิดความเสี่ยงนั้นๆ</p> <p>แนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง หมายถึง จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงที่เฝ้าระวังลดลงอย่างน้อย 3 รอบของการติดตาม</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>จำนวนความเสี่ยงรุนแรงที่เข้าสู่ระบบ Risk Register และมีแนวโน้มการเกิดความเสี่ยงลดลง</p> <table border="1" data-bbox="518 757 1018 853"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 เรื่อง</td> <td>20 เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	10 เรื่อง	20 เรื่อง
ปี 2562	ปี 2563				
10 เรื่อง	20 เรื่อง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก.บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล โทร. 043-009900 ต่อ 3635 (น.ส.สุภาพร ตันดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/ PCT ต่างๆ				



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่ง ดี มีความสุข (People Excellence)																				
เข็มมุ่งองค์กร	8. HRH Transformation																				
จุดเน้นการพัฒนา	1. Competency																				
รหัสตัวชี้วัด	KHR-01																				
ชื่อตัวชี้วัด	30. จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เป็นผลมาจากสมรรถนะของบุคลากร																				
นิยาม	<p><b>อุบัติการณ์ (incident)</b> หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย,จิตใจ, ชื่อเสียง,ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ คำร้องเรียนหรือการฟ้องร้อง อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยรายแรก คือ ความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ</p> <p><b>ความเสี่ยง</b> หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์</p> <p><b>ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์</b> แบ่งเป็น 9 ระดับ ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วย</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>สมรรถนะของบุคลากร</b> หมายถึง</p>	ระดับ	คำอธิบาย	I	เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ	H	เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล	G	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน	F	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น	E	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น	D	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย	C	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย	B	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย	A	เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วย
ระดับ	คำอธิบาย																				
I	เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/ สื่อ																				
H	เกิดความผิดพลาด ถึงผู้ป่วยมีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียงและ/ หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล																				
G	เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ ความเชื่อถือและ/ หรือมีการร้องเรียน																				
F	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยต้องรักษา/ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น																				
E	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/ รักษาเพิ่มมากขึ้น																				
D	เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบถึงผู้ป่วยต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย																				
C	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย																				
B	เกิดเหตุการณ์/ ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่นแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใดๆ ถึงผู้ป่วย																				
A	เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเองสามารถปรับแก้ไขได้ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วย																				
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;10 ครั้ง</td> <td>&lt;5 ครั้ง</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	<10 ครั้ง	<5 ครั้ง																
ปี 2562	ปี 2563																				
<10 ครั้ง	<5 ครั้ง																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ																				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุกเดือน																				
ผู้รับผิดชอบหลัก	กก.บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล โทร. 043-009900 ต่อ 3635 (น.ส.สุภาพร ตันดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)																				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/ PCT ต่างๆ /ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล																				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)		
เข็มมุ่งองค์กร	8. HRH Transformation		
จุดเน้นการพัฒนา	2. MOPH		
รหัสตัวชี้วัด	KHR-02		
ชื่อตัวชี้วัด	31. จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร		
นิยาม	ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคล หรือองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นให้ได้รับความสุขและความสะดวกสบาย หรือเกิดความพึงพอใจจากผลของการกระทำนั้น บุคลากร หมายถึง		
เกณฑ์เป้าหมาย	Baseline 2561	ปี 2562	ปี 2563
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ		
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุกเดือน		
ผู้รับผิดชอบหลัก	ก.ประชาสัมพันธ์และบริการทั่วไป โทร. 043-009900 ต่อ 1197 (นางเจียรศิริ พงษ์พันธ์)		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/ PCT ต่างๆ /ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)				
เข็มมุ่งองค์กร	8. HRH Transformation				
จุดเน้นการพัฒนา	3. สร้างเสริมสุขภาพ HPH (Healthy & Happy)				
รหัสตัวชี้วัด	KHR-03				
ชื่อตัวชี้วัด	32. ร้อยละของบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18-22.9)				
นิยาม	ประชาชนวัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 30-40 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง (18.5-22.9 กก./ตรม.) โดย คำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ตรม.)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>ปี 2563</td> </tr> <tr> <td>≥50%</td> <td>≥55%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	≥50%	≥55%
ปี 2562	ปี 2563				
≥50%	≥55%				
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนวัยทำงาน อายุ 30-40 ปี 11 เดือน 29 วัน มีดัชนีมวลกายปกติ				
รายงานข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนวัยทำงาน อายุ 30-40 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด				
สูตรการคำนวณ	$(A*B)/100$				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุกเดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	ก.สุขศึกษา โทร. 043-009900 ต่อ 1111 (นายวิรัช มั่นโนบุญธรรม)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.อาชีพเวชกรรม/ ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล/ ก.เวชกรรมสังคม				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)				
เข็มมุ่งองค์กร	8. HRH Transformation				
จุดเน้นการพัฒนา	3. สร้างเสริมสุขภาพ HPH (Healthy & Happy)				
รหัสตัวชี้วัด	KHR-04				
ชื่อตัวชี้วัด	33. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม (GREEN&CLEAN Hospital)				
นิยาม	<p>สถานบริการสาธารณสุขที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีกิจกรรมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&amp;CLEAN ตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p><b>ระดับพื้นฐาน</b></p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</p> <p>1.มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีส่วนร่วม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN</p>				
G : Garbage	2.มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2545				
	3.มีการคัดแยกมูลฝอยถูกประเภท มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยทั่วไป				
R : Rest room	4.มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย				
E : Energy	5.มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรม				
E : Environment	6. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอก โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และสร้างพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น หรือผ่านเกณฑ์ประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ระดับดีขึ้นไป				
	7.มีการส่งเสริมการมีกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ				
N : Nutrition	8.สถานที่ประกอบอาหารของโรงพยาบาล ผ่านมาตรฐานกรมอนามัยระดับดีขึ้นไป				
	9.ร้อยละ 80 ของ ร้านอาหารหรือแผงลอย ในโรงพยาบาล ได้มาตรฐานกรมอนามัย				
	10.มีการจัดบริการน้ำดื่มสะอาด				
	<b>ระดับดี</b>				
	11.มีการคัดแยกมูลฝอยถูกประเภท ถูกสุขลักษณะ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยที่เป็นพิษ หรืออันตราย				
	12.มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ผ่านมาตรฐาน ที่ตีผู้ป่วยใน (IPD)				
	<b>ระดับดีมาก</b>				
	13.มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาลและชุมชน				
	14.สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community				
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>สถานบริการสาธารณสุขใน CUP ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน</p> <table border="1"> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>ปี 2563</td> </tr> <tr> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ผ่านเกณฑ์ระดับ Plus</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับ Plus
ปี 2562	ปี 2563				
ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับ Plus				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	ก.สุศึกษา โทร. 043-009900 ต่อ 1111 (นายวิรัช มั่นในบุญธรรม)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.อาชีวเวชกรรม/ ก.บริหารงานทั่วไป / ก.สุศึกษา/ ก.โภชนศาสตร์				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่งดีมีความสุข” (People Excellence)				
เข็มมุ่งองค์กร	8.HRH Transformation				
จุดเน้นการพัฒนา	4. Engagement				
รหัสตัวชี้วัด	KMOPH-05				
ชื่อตัวชี้วัด	<b>34. อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)</b>				
นิยาม	<p>1. บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้าราชการ</li> <li>- พนักงานราชการ</li> <li>- ลูกจ้างประจำ</li> <li>- ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ)</li> <li>- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul> <p>ในหน่วยงานสังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>2. การสูญเสียบุคลากร หมายถึง การลาออก การถูกให้ออก การโอน การย้าย</p> <p>2.1 การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>2.2 การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิด</p> <p>2.3 การโอน หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.4 การย้าย หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นนอกสังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">&lt;5%</td> <td style="text-align: center;">&lt;5%</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	<5%	<5%
ปี 2562	ปี 2563				
<5%	<5%				
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่สูญเสีย ณ วันที่เก็บข้อมูล				
รายงานข้อมูล 2	B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)				
สูตรการคำนวณ	$(A*100)/B$				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ/ตามแบบรายงานการสูญเสีย				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	ก.ทรัพยากรบุคคล				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์ / กลุ่มการพยาบาล/ ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล/ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))					
เข็มมุ่งองค์กร	2. Lean Enterprise					
หมวดตัวชี้วัด	2. ระบบบริการอื่นและสนับสนุนบริการ					
รหัสตัวชี้วัด	KL-06					
ชื่อตัวชี้วัด	35. ร้อยละหน่วยงานที่สามารถลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลงอย่างน้อย 10%					
นิยาม	หน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานบริการด้านหน้า (ยกเว้น OPD/ ER) และหน่วยสนับสนุนบริการ ที่มีบุคลากรประจำหน่วยงานมากกว่า 10 คนขึ้นไป ขั้นตอนบริการ หมายถึง ขั้นตอนงานบริการหลักของหน่วยงานตั้งแต่เริ่มงานจนเสร็จสิ้นการส่งมอบงาน					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>&gt;50%</td> <td>&gt;60%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	>50%	>60%	
ปี 2562	ปี 2563					
>50%	>60%					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ลดระยะเวลารอคอยหรือลดขั้นตอนบริการลงอย่างน้อย 10%					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดของโรงพยาบาลที่มีบุคลากรประจำหน่วยงานมากกว่า 10 คน ขึ้นไป					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ โทร. 043 -009900 ต่อ 1160					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานทบทวนการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ /ทุกหน่วยงาน					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))																
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization																
จุดเน้นการพัฒนา	4. องค์กรที่มีธรรมาภิบาล																
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-16																
ชื่อตัวชี้วัด	<b>36. ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</b>																
นิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริตประกอบด้วย (1) ปลุก/ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>รวมถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT)</p>																
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก</p> <table border="1"> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>ปี 2563</td> </tr> <tr> <td>&gt;95%</td> <td>100%</td> </tr> </table> <p>คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>สูงมาก</th> <th>สูง</th> <th>ปานกลาง</th> <th>ต่ำ</th> <th>ต่ำมาก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>80-100</td> <td>60-79.99</td> <td>40-59.99</td> <td>20-39.99</td> <td>0-19.99</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	>95%	100%	ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99
ปี 2562	ปี 2563																
>95%	100%																
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก												
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)																
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 98 (ใน 1 ปี)																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน																
ผู้รับผิดชอบหลัก	คณะกรรมการธรรมาภิบาล รพ.ขอนแก่น โทร 3631 (พญ.จรรยาภรณ์ รัตนโกศล นายแพทย์เชี่ยวชาญ)																
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์/ก.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน/PCT ต่างๆ																

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))					
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization					
จุดเน้นการพัฒนา	4. องค์กรที่มีธรรมาภิบาล					
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-17					
ชื่อตัวชี้วัด	37. ค่า CMI					
นิยาม	<p><b>Case Mix Index (CMI)</b> หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : AdjRw) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด เป็นตัวสะท้อนถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งมาตรฐานระดับประเทศกำหนดให้ รพศ.ที่มีโรงเรียนแพทย์ต้องมีค่า CMI มากกว่าหรือเท่ากับ 1.6 ส่วนจำนวนวันอยู่รักษา (LOS) เป็นตัวสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและต้นทุนในการให้บริการ ซึ่งจากข้อมูลระดับประเทศพบว่า รพศ.ที่มีโรงเรียนแพทย์ มี LOS เฉลี่ย 5.24 วัน</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> <tr> <td>2.00</td> <td>2.02</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	2.00	2.02	
ปี 2562	ปี 2563					
2.00	2.02					
รายการข้อมูล 1	A = น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วรวม (Sum of AdjRW)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 1 เดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	ก.สารสนเทศทางการแพทย์ โทร. 1177 (นางบุรารัตน์ ละลี นักวิชาการสถิติชำนาญการ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/องค์กรพยาบาล/ทุก PCT					



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))		
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization		
จุดเน้นการพัฒนา	4. องค์กรที่มีธรรมาภิบาล		
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-18		
ชื่อตัวชี้วัด	38. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (1) ผู้ป่วยนอก (2) ผู้ป่วยใน		
นิยาม	<p>เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติ ของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การรักษา ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการบันทึกค่าจากเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุข กำหนดไว้และเอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p><b>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน</b> หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการมีความสมบูรณ์ ตามแนวทางการบันทึก และตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)</p> <p><b>ผู้ป่วยนอก (OPD)</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p><b>ผู้ป่วยใน (IPD)</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563
	(1) ผู้ป่วยนอก	85%	>85%
	(2) ผู้ป่วยใน	85%	>85%
วิธีการรายงาน	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ		
รายการข้อมูล 1 (OPD)	A1= ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ B1= ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการ		
รายการข้อมูล 2 (IPD)	A2= ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ B2= ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของหน่วยบริการ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1)*100 (OPD) (A2/B2)*100 (IPD)		
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน		
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ <ul style="list-style-type: none"> <li>งานผู้ป่วยนอก โทร. 3844 (นางเทพี สีหามู เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน)</li> <li>งานผู้ป่วยใน โทร. 3838 (นางกนกรัตน์ ไสยเลิศ เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน)</li> </ul>		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	กก.พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน/PST OPD/PST ER /กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล(Governance Excellence (GE))																		
เข็มมุ่งองค์กร	2. High Reliability Organization																		
จุดเน้นการพัฒนา	4. องค์กรที่มีธรรมาภิบาล																		
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-19																		
ชื่อตัวชี้วัด	39. ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร																		
นิยาม	ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร หมายถึง ความสามารถในการบริหารการเงินการคลัง ไม่ให้ประสบปัญหาทางการเงิน ตั้งแต่ระดับ 0 – 7 เรียงจากไม่มีภาวะวิกฤติถึงมีภาวะวิกฤติรุนแรง ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับรุนแรงสูงสุด 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																		
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ0																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">เกณฑ์การคำนวณ : นำผลวิเคราะห์มารวมกัน ตามคะแนนดังนี้</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	เกณฑ์การคำนวณ : นำผลวิเคราะห์มารวมกัน ตามคะแนนดังนี้			ถ้าได้คะแนน เป็น 0	ไม่มีภาวะวิกฤติ	ได้ 5 คะแนน	ถ้าได้คะแนน เป็น 1	มีภาวะวิกฤติค่อนข้างน้อยได้	ได้ 4 คะแนน	ถ้าได้คะแนนเป็น 2 - 3	มีภาวะวิกฤติปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ถ้าได้คะแนน เป็น 4 - 5	มีภาวะวิกฤติค่อนข้างสูง	ได้ 2 คะแนน	ถ้าได้คะแนน เป็น 6 - 7	มีภาวะวิกฤติรุนแรง	ได้ 1 คะแนน
เกณฑ์การคำนวณ : นำผลวิเคราะห์มารวมกัน ตามคะแนนดังนี้																			
ถ้าได้คะแนน เป็น 0	ไม่มีภาวะวิกฤติ	ได้ 5 คะแนน																	
ถ้าได้คะแนน เป็น 1	มีภาวะวิกฤติค่อนข้างน้อยได้	ได้ 4 คะแนน																	
ถ้าได้คะแนนเป็น 2 - 3	มีภาวะวิกฤติปานกลาง	ได้ 3 คะแนน																	
ถ้าได้คะแนน เป็น 4 - 5	มีภาวะวิกฤติค่อนข้างสูง	ได้ 2 คะแนน																	
ถ้าได้คะแนน เป็น 6 - 7	มีภาวะวิกฤติรุนแรง	ได้ 1 คะแนน																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล 2. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์ ( <a href="http://hfo62.cfo.in.th">http://hfo62.cfo.in.th</a> )																		
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายเดือน																		
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานบัญชี โทร.3808 (นางดาวเรือง ศรีผ่านอ้วน นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ)																		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการการเงินการคลัง/ กลุ่มงานการเงิน/ กลุ่มประกันสุขภาพ/กลุ่มงานพัสดุ/หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง																		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล(Governance Excellence (GE))																
เข็มมุ่งองค์กร	3. High Reliability Organization																
จุดเน้นการพัฒนา	4. องค์กรที่มีธรรมาภิบาล																
รหัสตัวชี้วัด	KHRO-20																
ชื่อตัวชี้วัด	40. ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบประมาณ (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา)																
นิยาม	<p>การจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบประมาณ หมายถึงการจัดทำแนวทางการจัดซื้อจัดจ้างงบประมาณงบลงทุน ที่จัดสรรให้กับหน่วยงาน โดยมีการแจ้งจัดสรรให้กับหน่วยงานมีการแจ้งจัดสรรรายการงบประมาณงบลงทุน การประชุมชี้แจงแนวทางการจัดซื้อจัดจ้าง การจัดทำแผนการบริหารงบประมาณงบลงทุน และการเร่งรัดติดตามการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อให้ได้ลงนามในสัญญา ซึ่งประกอบไปด้วย กระบวนการ 13 ขั้นตอน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง (บันทึกแผนการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP)</li> <li>- แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง</li> <li>- รายงานผลการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง</li> <li>- จัดทำรายงานขอซื้อ/จ้าง, แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาผลการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์และคณะกรรมการ ตรวจสอบพัสดุ, ร่างประกาศและร่างเอกสารประกวดราคาซื้อ/จ้าง</li> <li>- ขั้นตอนการโพสร่างประกาศฯ เพื่อรับฟังความคิดเห็น (ถ้ามี)</li> <li>- ขั้นตอนการเผยแพร่ประกาศเชิญชวน</li> <li>- กำหนดยื่นข้อเสนอและเสนอราคาทางระบบอิเล็กทรอนิกส์</li> <li>- รับตัวอย่างและหลักประกันการเสนอราคา (ไม่เกิน 5 ล้านบาท ไม่มีหลักประกัน)</li> <li>- คณะกรรมการพิจารณาฯ ดาวน์โหลดเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร</li> <li>- รายงานผลการพิจารณาผลการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์</li> <li>- เสนอผู้มีอำนาจสั่งซื้อสั่งจ้าง</li> <li>- ทำสัญญาหรือข้อตกลง (ไม่นับรวมระยะเวลาที่ผู้ชนะเสนอราคา ทำหลักประกันสัญญา)</li> <li>- ขั้นตอนคณะกรรมการตรวจรับ</li> </ul>																
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบลงทุนอยู่ในระดับสูงมาก</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">จ 2562</td> <td style="text-align: center;">จ 2563</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table> <p>คะแนนระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบลงทุนในการดำเนินงาน</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>สูงมาก</th> <th>สูง</th> <th>ปานกลาง</th> <th>ต่ำ</th> <th>ต่ำมาก</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>80-100</td> <td>60-79.99</td> <td>40-59.99</td> <td>20-39.99</td> <td>0-19.99</td> </tr> </tbody> </table>	จ 2562	จ 2563	100%	100%	ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99
จ 2562	จ 2563																
100%	100%																
ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก												
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเอกสารตามระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบลงทุนที่มีการลงนามในสัญญาภายใน 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 (จำนวน 27 รายการ)																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเอกสารตามระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบลงทุนทั้งหมด (27 โครงการ)																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(27/27) \times 100 = 100$																
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน																
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัสดุโทร. 1999 (นางณัฐธยาน์ มูลตรี เจ้าพนักงานพัสดุอาวุโส)																
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน/ ก.พัสดุ/ หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง																

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))						
เข็มมุ่งองค์กร	6. Advance HA						
จุดเน้นการพัฒนา	1. ประเมินตนเอง SAR & Performance Evaluation Framework (PEF )						
รหัสตัวชี้วัด	KAHA-01						
ชื่อตัวชี้วัด	41. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน Advance HA (AHA)						
นิยาม	<p><b>Advance HA (AHA)</b> หมายถึง การก้าวไปสู่ Empowerment Evaluation ประเด็นในการประเมินร่วมกัน ส่งเสริมความสามารถในการประเมินของโรงพยาบาล ประเมิน compliance ด้วยการใช้ checklist ง่ายๆ ( Not Met / Partially Met / Met) ประเมิน performance ด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ</p> <p><b>มาตรฐานและการรับรอง AHA</b> ใช้โครงสร้างของมาตรฐาน HA ทั้งระดับ overall requirement และ multiple requirement เพื่อให้เกิดความ เชื่อมโยงและต่อยอดจากฐานเดิม ขยายความด้วยรายละเอียดจากแหล่งต่างๆ คือ HA SPA, JCI, MBNQA/TQA</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตามมาตรฐาน AHA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระดับ 1 : มีการประเมินตนเอง SAR</li> <li>● ระดับ 2 : มีการประเมิน Performance Evaluation Framework (PEF)</li> <li>● ระดับ 3 : มีผลการประเมิน Performance Evaluation Framework (PEF) โดย Met เพิ่มขึ้น แต่ &lt; 80 % เมื่อเทียบกับผลรวมทั้งหมด</li> <li>● ระดับ 4 : มีผลการประเมิน Performance Evaluation Framework (PEF) โดยมี Met เพิ่มขึ้น และ &gt; 80 % เมื่อเทียบกับผลรวมทั้งหมด</li> <li>● ระดับ 5 : ผ่านการประเมิน Advance HA</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">จ 2562</td> <td style="text-align: center;">จ 2563</td> <td style="text-align: center;">จ 2564</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ระดับ 3</td> <td style="text-align: center;">ระดับ 4</td> <td style="text-align: center;">ระดับ 5</td> </tr> </table>	จ 2562	จ 2563	จ 2564	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
จ 2562	จ 2563	จ 2564					
ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลรวบรวมข้อมูล						
ความถี่ในการจัดเก็บ	รายปี						
ผู้รับผิดชอบหลัก	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาล โทร. 043-099900 ต่อ 1252 (พญ.วิภาพร คงศรี ยাত্রา)						
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ ก.การพยาบาล/ ทุก PCT/PST /ก. สารสนเทศทางการแพทย์ /คณะกรรมการบริหาร รพ./ กก. HR / กก. ความเสี่ยง/ กก.สิ่งแวดล้อม/กก. เภสัชกรรมและการบำบัด/ ก.เวชกรรมสังคม/งาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. /กก. Lab /กก. X-ray /ก.พยาธิวิทยากายวิภาค/ ศูนย์คลังเลือด กลาง/ICT						

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่ง ดี มีความสุข (People Excellence)				
เข็มมุ่งองค์กร	6. Advance HA				
จุดเน้นการพัฒนา	2. Learning Organization				
รหัสตัวชี้วัด	KAHA-02				
ชื่อตัวชี้วัด	42. จำนวนงานวิจัย/R2R/ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์				
นิยาม	<p><b>งานวิจัย</b> หมายถึง การศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ หรือทดลองอย่างเป็นระบบทางวิทยาศาสตร์ ตามระเบียบวิธีการวิจัย โดยอาศัยเครื่องมือหรือวิธีการเพื่อให้ค้นพบข้อเท็จจริง ได้แก่ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (Special article) บทความฟื้นฟูวิชาการ (Refresh course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation) โดยเป็นผลงานย้อนหลังไม่เกิน 1 ปี</p> <p><b>R2R (Routine to Research)</b> หมายถึง การทำงานวิจัยจากงานประจำ หรือทำงานประจำ จนเป็นงานวิจัย มุ่งเน้นการนำกระบวนการหรือระเบียบวิธีการวิจัยไปพัฒนาการทำงานประจำของตนให้ดีขึ้น ให้ความสำคัญกับการการแก้ไขปัญหาจากงานประจำ และใช้ผลของการวิจัยนั้นมาพัฒนางานประจำที่ตนเองรับผิดชอบ ทั้งนี้ประเภทงานวิจัยสามารถดำเนินการได้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยเป็นการวิจัยระดับใดก็ได้ แต่ต้องมีระเบียบวิธีการที่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นต้น</p> <p><b>การจัดการความรู้ของหน่วยงาน</b> หมายถึง หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ดำเนินงานเพื่อให้ได้องค์ความรู้ตามกระบวนการจัดการความรู้ และนำองค์ความรู้นั้นไปใช้แล้วเกิดประโยชน์ในวงกว้าง หรือส่งผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุข หรือประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ องค์ความรู้ นั้นจะเป็นองค์ความรู้เดิมที่หน่วยงานมีอยู่หรือเป็นองค์ความรู้ที่สร้างขึ้นใหม่ก็ได้ (อ้างอิง: คู่มือการประเมินผลการจัดการความรู้ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานระดับกรมและเขตสุขภาพ)</p> <p><b>กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process)</b> หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การบ่งชี้ความรู้ เช่นพิจารณาว่า วิสัยทัศน์/ พันธกิจ/ เป้าหมาย คืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องรู้ อะไร, ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง, อยู่ในรูปแบบใด, อยู่ที่ใคร</li> <li>2) การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่, แสวงหาความรู้จากภายนอก, รักษาความรู้เก่า, กำจัดความรู้ ที่ใช้ไม่ได้แล้ว</li> <li>3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้ในอนาคต</li> <li>4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่นปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน, ใช้ภาษาเดียวกัน, ปรับปรุงเนื้อหา ให้สมบูรณ์</li> <li>5) การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้นั้นเข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT), Web board, บอร์ดประชาสัมพันธ์</li> <li>6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีเป็น Explicit Knowledge อาจจัดทำเป็น เอกสาร, ฐานความรู้, เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีเป็น Tacit Knowledge อาจจัดทำเป็นระบบ ทีมข้ามสายงาน, กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม, ชุมชนแห่งการเรียนรู้, ระบบพี่เลี้ยง, การสับเปลี่ยนงาน, การยืมตัว, เวทีแลกเปลี่ยนความรู้</li> <li>7) การเรียนรู้ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่นเกิดระบบการเรียนรู้จากการสร้างองค์ความรู้ นำความรู้ไป ใช้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง</li> </ol> <p><b>การนำไปใช้ประโยชน์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีผลงานวิจัย/R2R และผลงานการจัดการความรู้ หน่วยงานได้ดำเนินการจนเกิดผลเป็นรูปธรรม แล้วนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และสามารถแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์</li> </ul>				
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 2562</th> <th>ปี 2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 เรื่อง/ปี</td> <td>18 เรื่อง/ปี</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2562	ปี 2563	15 เรื่อง/ปี	18 เรื่อง/ปี
ปี 2562	ปี 2563				
15 เรื่อง/ปี	18 เรื่อง/ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ปีละครั้ง				
ผู้รับผิดชอบหลัก	ศูนย์วิจัย, งานห้องสมุดและตำรา โทร. 043-336789 ต่อ 1605, 1602 (นางรัชณี ประสีระเก)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ทุกหน่วยงาน				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	คนเก่ง ดี มีความสุข (People Excellence)				
เข็มมุ่งองค์กร	6. Advance HA				
จุดเน้นการพัฒนา	2. Learning Organization				
รหัสตัวชี้วัด	KAHA-03				
ชื่อตัวชี้วัด	43. จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy				
นิยาม	จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy หมายถึง หน่วยงานที่มีกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ในด้านผู้ให้บริการ และ/หรือ ผู้ใช้บริการ และ/หรือ ด้านสิ่งแวดล้อม				
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>จ 2562</td> <td>จ 2563</td> </tr> <tr> <td>&gt;60%</td> <td>&gt;70%</td> </tr> </table>	จ 2562	จ 2563	>60%	>70%
จ 2562	จ 2563				
>60%	>70%				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนหน่วยงานที่มีการวางระบบส่งเสริม Health Literacy				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหน่วยงานที่ให้บริการ/สนับสนุนบริการ/เครือข่าย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	คณะกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โทร. 043-009900 ต่อ 1111 (นางภัทราภรณ์ กาบกลาง)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.การพยาบาล/ ก.สุศึกษา/ ก.เวชกรรมสังคม/ ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))					
เข็มมุ่งองค์กร	7. Smart Hospital					
จุดเน้นการพัฒนา	1. ระบบสมรรถภาพประชาชน (H4U)					
รหัสตัวชี้วัด	KSH-01					
ชื่อตัวชี้วัด	44. อัตราการตอบสนองตามการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ “H4U” Health For You ภายใน 24 ชม.					
นิยาม	<p>ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนเป็นผู้บันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อเก็บประวัติด้านต่าง ๆ และการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ เช่น สถานพยาบาล สมรรถภาพครอบครัว ประวัติวัคซีน การจองคิวออนไลน์เพื่อพบแพทย์ในสถานพยาบาล</p> <p>ระบบ “H4U” Health For You หมายถึง ระบบสมรรถภาพประชาชน เชื่อมโยงข้อมูลของผู้รับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาล เป็นการดำเนินงานด้าน Digital Transformation ในการพัฒนากระบวนการทำงาน การบริการให้มีประสิทธิภาพ ไปสู่เป้าหมาย Thailand 4.0 โดยสนับสนุนการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสำหรับประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและนำข้อมูลสุขภาพของตนเองในรูปแบบดิจิทัล ไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่ายและสะดวก รวมถึงรู้เท่าทันสภาวะของตนเอง และเกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ ช่วยลดต้นทุนการรักษาพยาบาล สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>จ 2562</td> <td>จ 2563</td> </tr> <tr> <td>&gt;80%</td> <td>&gt;90%</td> </tr> </table>	จ 2562	จ 2563	>80%	>90%	
จ 2562	จ 2563					
>80%	>90%					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนครั้งการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ภายใน 24 ชม.					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนครั้งการร้องขอของผู้รับบริการในระบบ H4U ทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุกเดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทร. 043-009900 ต่อ 2001 (นายพรชัย คำเพ็งใจ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.สารสนเทศทางการแพทย์					

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))					
เข็มมุ่งองค์กร	7. Smart Hospital					
จุดเน้นการพัฒนา	2. ระบบ Queue Online					
รหัสตัวชี้วัด	KSH-02					
ชื่อตัวชี้วัด	45. ร้อยละของหน่วยงานด้านหน้าที่ใช้ระบบ Queue Online					
นิยาม	หน่วยงานด้านหน้า หมายถึง ระบบ Queue Online หมายถึง					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปี 2562</td> <td>ปี 2563</td> </tr> <tr> <td>&gt;80%</td> <td>&gt;90%</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	>80%	>90%	
ปี 2562	ปี 2563					
>80%	>90%					
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยงานด้านหน้าที่มีการใช้ระบบ Queue Online ในโรงพยาบาล					
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยงานด้านหน้า ในโรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน					
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทร. 043-009900 ต่อ 2001 (นายพรชัย คำเพ็งใจ)					
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	OPD/ ER/ โสต ศอ นาสิก/ ห้องจ่ายยา/ ห้องตรวจประกันสังคม/ Lab/ X-ray/ ก.สารสนเทศทางการแพทย์					



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))				
เข็มมุ่งองค์กร	7. Smart Hospital				
จุดเน้นการพัฒนา	2. ระบบ Queue Online				
รหัสตัวชี้วัด	KSH-03				
ชื่อตัวชี้วัด	46. ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS				
นิยาม					
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ระดับความสำเร็จของการติดตั้งระบบ HIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ระดับ 1 : มีนโยบายและกรรมการรับผิดชอบ</li> <li>* ระดับ 2 : มีการวางแผนการดำเนินการติดตั้งระบบ HIS</li> <li>* ระดับ 3 : มีการดำเนินการในระบบ OPD</li> <li>* ระดับ 4 : มีการดำเนินการในระบบ OPD, IPD</li> <li>* ระดับ 5 : มีการดำเนินการระบบ HIS ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">ปี 2562</td> <td style="text-align: center;">ปี 2563</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ระดับ 3</td> <td style="text-align: center;">ระดับ 4</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	ระดับ 3	ระดับ 4
ปี 2562	ปี 2563				
ระดับ 3	ระดับ 4				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทร. 043-009900 ต่อ 2001 (นายพรชัย คำเพ็งใจ)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	องค์กรแพทย์/ ก.การพยาบาล/ ก.เภสัชกรรม / Lab / X-ray / ก.บริหารงานทั่วไป/ ก.พัสดุ/ ก.การเงิน / ก.บัญชี				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารจัดการที่เป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence (GE))				
เข็มมุ่งองค์กร	7. Smart Hospital				
จุดเน้นการพัฒนา	1. ระบบสมดุสุขภาพประชาชน (H4U)				
รหัสตัวชี้วัด	KSH-04				
ชื่อตัวชี้วัด	47. ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online				
นิยาม	โปรแกรม Cockpit monitor Online หมายถึง โปรแกรมจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดที่มีอยู่ทั้งหมดในทุกหน่วยงาน ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล				
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ระดับความสำเร็จของโปรแกรม Cockpit monitor Online</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* ระดับ 1 : มีนโยบายและกรรมการรับผิดชอบ</li> <li>* ระดับ 2 : มีการวางแผน ออกแบบตัวแปรและโปรแกรม Cockpit monitor Online</li> <li>* ระดับ 3 : มีการใช้งานโปรแกรมCockpit monitor Online ในการติดตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์องค์กร</li> <li>* ระดับ 4 : มีการใช้งานโปรแกรมCockpit monitor Online ในการติดตามตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์องค์กร ตอนที่ 4 (6 ด้าน)</li> <li>* ระดับ 5 : มีการใช้งานโปรแกรมCockpit monitor Online ในการติดตามตัวชี้วัดครอบคลุมระบบงานสำคัญ</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">ปี 2562</td> <td style="text-align: center;">ปี 2563</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ระดับ 3</td> <td style="text-align: center;">ระดับ 4</td> </tr> </table>	ปี 2562	ปี 2563	ระดับ 3	ระดับ 4
ปี 2562	ปี 2563				
ระดับ 3	ระดับ 4				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลจากระบบสารสนเทศ				
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 3 เดือน				
ผู้รับผิดชอบหลัก	งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โทร. 043-009900 ต่อ 2001 (นายพรชัย คำเพ็งใจ)				
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ก.สารสนเทศทางการแพทย์ /ทุกหน่วยงาน				



# ภาคผนวก

1. กรอบการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 3)



## 2. ปฏิทินการทบทวนทิศทางองค์กร และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562- 2563 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3)

ระยะเวลา	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย
22 มกราคม 2562	นำเสนอแนวทางการทบทวนแผนยุทธศาสตร์วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2560- 2563 โรงพยาบาลขอนแก่น ต่อคณะกรรมการนโยบาย เพื่อพิจารณา ในการประชุมครั้งที่ 1/2562	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
18 มกราคม 2562	ประชุมคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์เพื่อหารือ และวางแผนเตรียมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวน ทิศทางองค์กร และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core Team)
5 กุมภาพันธ์ 2562	ประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวน ทิศทางองค์กร และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core Team)
22 กุมภาพันธ์	ประชุมคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์ สรุปประเด็นเพิ่มเติมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวน ทิศทางองค์กร และแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core Team)
18 มีนาคม 2562	นำเสนอ (ร่าง) เข็มมุ่งองค์กรและตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 – 2563 ต่อคณะกรรมการนโยบายเพื่อพิจารณา ในการประชุมครั้งที่ 3/2562	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
22 เมษายน 2562	ประชุมผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ เพื่อทบทวน/ปรับ/แก้ไข ตัวชี้วัดและแบบรายงาน ตัวชี้วัด	คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ (Core Team)
30 เมษายน 2562	มติกรรมการบริหารเห็นชอบ ในการประชุมครั้งที่ 4/2562 ประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 3 ปี 2562 – 2563 นำสื่อสารสู่การปฏิบัติ	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
27 พฤษภาคม 2562	เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562- 2563 ในระบบหนังสือแจ้งเวียน/โปสเตอร์ และระบบ Intranet โรงพยาบาลขอนแก่น	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
30 พฤษภาคม 2562	ประชุมผู้รับผิดชอบเรื่องระบบการรายงานตัวชี้วัด และการบันทึกข้อมูล	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์
ปีงบประมาณ 2562	ติดตามประเมินผล ตัวชี้วัดรายเดือน/ ราย 2 เดือน/ ราย 3 เดือน /รายปี	กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์

### 3. สรุปสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ และการนำสู่การปฏิบัติ

“แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น 2562 – 2563” ฉบับนี้ เป็นแผน “ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 เดือนพฤษภาคม 2562” เพื่อดำเนินการปีงบประมาณ 2562-2563

1. สาระสำคัญของแผน “แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น 2562 – 2563” ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) และ 47 ตัวชี้วัด (KPI)
2. การนำนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติ แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น 2562 – 2563 นับเป็นนโยบายหลักขององค์กรซึ่งจะเกิดผลสัมฤทธิ์ได้ก็ต่อเมื่อมีการนำสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ มีขั้นตอน ดังนี้
  - 2.1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดประกาศนโยบายใช้เป็นทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ ในการประชุมคณะกรรมการนโยบายและ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีการอำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนทรัพยากร ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล เป็นระยะ
  - 2.2. คณะทำงานด้านบริหารแผนยุทธศาสตร์องค์กร ทำหน้าที่ประสานการจัดทำแผน และสื่อสารแผนสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานใน องค์กรภายใต้ที่ปรึกษา โดยคณะกรรมการนโยบาย และคณะกรรมการบริหาร คณะทำงานฯ ซึ่งประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน กลุ่มงานแผนงานและโครงการ 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 หรือมีการปรับเปลี่ยนระหว่างปีงบประมาณ ทั้งนี้จะต้องมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนก่อนปรับประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทองค์กร และสอดคล้องตามยุคสมัยที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ตลอดเวลาอย่างยิ่งขึ้น

## คณะผู้จัดทำ

### ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
คณะกรรมการนโยบายโรงพยาบาลขอนแก่น  
คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขอนแก่น

### กองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
รองผู้อำนวยการอาวุโส  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน  
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน  
กลุ่มงานแผนงานและโครงการ  
กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (เลขานุการ)

### คณะผู้จัดทำ

- |                  |             |   |
|------------------|-------------|---|
| 1. นพ.สมคิด      | เลิศสินอุดม | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน                             |
| 2. นางสาวสุภาพร  | ดลละคร      | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์) |
| 3. นางสาวจริยา   | ปากดี       | นักวิชาการสาธารณสุข   |
| 4. นางสาวจิรวรรณ | ไชยคินี     | นักวิชาการสาธารณสุข   |
| 5. นางสาวสมสุข   | น้อยผล      | เจ้าพนักงานธุรการ   |

### สำนักงาน

กลุ่มงานงานนโยบายและยุทธศาสตร์  
อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ชั้น 3 โรงพยาบาลขอนแก่น  
โทร. 043 – 009900 ต่อ 1160  
โทรสาร. 043 – 236006



## กลุ่มงานนโยบายและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น

ชั้น 3 อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทร.043-009900 ต่อ 1160