

กลยุทธ์การพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ ด้านบริการรักษาพยาบาล

เห็นชอบจากที่ประชุมที่บริหาร 9 กย.50 / รับรองเพิ่มเติมจากที่ประชุม กก.รพ. 24 กย.50

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ			
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554				
<ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพการรักษาที่เป็นเลิศ - การก้าวทันเทคโนโลยีทางการแพทย์ - ความเหนือกว่าด้านตรวจรักษาโรคยากซับซ้อน - นวัตกรรมด้านการรักษาพยาบาลโรคยาก 	1 1 การรักษาที่มีคุณภาพเป็นเลิศ มุ่งสู่ระดับนานาชาติ	1.พัฒนาศักยภาพในการตรวจรักษาโรคยากอย่างต่อเนื่องให้มีผลการรักษาเทียบเท่านานาชาติ	1. ทีมบริหาร/ภาควิชากำหนด ทบทวนและปรับปรุงผลการรักษาโรคยากที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ (เป็นโรคที่องค์กรมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลและมีผลรายงานของสหรัฐอเมริกาอย่างสม่ำเสมอ)	1. Success rate, Complication rate, mortality rate							KPIs ภาควิชา			
			2. ทีมบริหาร / Excellence center กำหนด ทบทวน และปรับปรุงผลการรักษาโรคยากที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ (เป็นโรคที่องค์กรมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลและมีผลรายงานของสหรัฐอเมริกาอย่างสม่ำเสมอ)	2. มีศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งเต้านม (Excellence CA Breat)	ระหว่าง	เปิดให้บริการ						KPIs ทีมบริหาร รพ.		
			3. พัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคในภาพรวมของภาควิชาให้ได้ตามมาตรฐาน Benchmarking*	3. Success rate, Complication rate, mortality rate (lag-2)								Excellence center		
		3. พัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคในภาพรวมของภาควิชาให้ได้ตามมาตรฐาน Benchmarking*	3. พัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคในภาพรวมของภาควิชาให้ได้ตามมาตรฐาน Benchmarking*	4. disease specific risk	4. ผลการรักษาโรคยากที่ภาควิชากำหนด (lead ข้อ 4)	-	5 โรคแรกที่เป็น high risk	5 โรคแรกที่เป็น high risk	5 โรคแรกที่เป็น high risk				KPIs ภาควิชา	
					6. จำนวนเตียง (สะสม) - Surgical RCU (12 เตียง) - Surgical ICU (12 เตียง)	อยู่ระหว่างการปรับปรุง	เปิดให้บริการ 6 เตียง 6 เตียง	เปิดให้บริการ 9 เตียง 9 เตียง	เปิดให้บริการ 12 เตียง 12 เตียง				KPIs ทีมบริหาร รพ.	
					7. อัตราผู้ป่วยที่ต้องรับกลับเข้า รพ. โดยไม่ได้วางแผน (%/ราย) (lead ข้อ 6) - ภายใน 7 วัน - ภายใน 31 วัน	0.82 /216 2.53 /668	0.80% 2.51%	0.78% 2.49%	0.76% 2.47%	0.74% 2.45%				
					8. KPI ที่แต่ละภาควิชากำหนด									KPIs ภาควิชา/ PCT
		5. ติดตามผลการดำเนินการตาม patient safety goal ที่โรงพยาบาลกำหนด	5. ติดตามผลการดำเนินการตาม patient safety goal ที่โรงพยาบาลกำหนด	9. มีการเปิดจุดตรวจและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อทางอากาศเสิร์จิ้น		อยู่ระหว่างปรับปรุง	เปิดให้บริการ							
					10. Patient Safety Index(8 ด้าน)(leadข้อ9)								KPIs ทีมบริหาร	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ	
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554		
						10.1 ด้านการบ่งชี้ผู้ป่วยให้ถูกต้อง (ครั้ง)						รพ.
						- ระบุตัวผิดในการให้ยา - ระบุตัวผิดในการให้เลือด - ระบุตัวผิดในการเก็บส่งตรวจ	18 2 172	17 0 ลดลง 5% จากปีก่อน	16 0 ลดลง 5% จากปีก่อน	15 0 ลดลง 5% จากปีก่อน	14 0 ลดลง 5% จากปีก่อน	
						- ระบุตัวทารกแรกเกิดผิด	0	0	0	0	0	
						10.2 ด้านความผิดพลาดในการให้บริการตรวจทางรังสีวินิจฉัย (ถ่าย-ส่งภาพเอกซเรย์ผิดคนผิดตำแหน่ง)	0.15% (169 ราย)	ไม่เกิน 0.145%	ไม่เกิน 0.14%	ไม่เกิน 0.135%	ไม่เกิน 0.13%	
						10.3 ด้านความผิดพลาดในการทำผ่าตัด - ผิดคน - ผิดประเภท - ผิดตำแหน่ง	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
						10.4 ด้านความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการตกเตียง ลื่น หกล้ม - ตกเตียง (ต่อ 1,000 วัน) - ลื่น หกล้ม (ราย) - การประเมินแรกรับ	0.189(22) 16 78.21%	0.12 15 80%	0.12 14 85%	0.1 13 90%	0.1 12 95%	
						10.5 ด้านความผิดพลาดในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) - การระบุข้อมูล - การรายงานผล	0.33/291 0.07/66	ลดลง 5% ลดลง 5%	ลดลง 5% ลดลง 5%	ลดลง 5% ลดลง 5%	ลดลง 5% ลดลง 5%	
						10.6 ด้านการพัฒนาความปลอดภัยในระบบยาสารน้ำ ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1000 คน/ครั้ง) - precribing error - pre - dispensing - dispensing ผู้ป่วยใน (ต่อ 1000 วันนอน/ครั้ง) - precribing error - pre - dispensing	2.92(1080ครั้ง) 10.9(4018ครั้ง) 0.12(43ครั้ง) 14.6(2924ครั้ง) 10.9(2191ครั้ง)	<1.91 <8.39 <0.09 <14 <10	<1.91 <8.39 <0.09 <13 <9.5	<1.85 <8.00 <0.08 <12 <9.0	<1.85 <8.00 <0.08 <11 <8.5	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ	
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554		
					- dispensing	0.87(174ครั้ง)	<0.62	<0.62	<0.60	<0.60		
					Administration error (near miss)**	384	ไม่ตั้งเป้า				รายงานในระบบ	
					Administration error (miss)	0.74/150	<0.54	<0.54	<0.50	<0.50		รายงานในระบบ
					ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	2	ไม่ตั้งเป้า				รายงานในระบบ	
					ผู้ป่วยที่ป้องกันได้จากการสั่งยาที่เคยแพ้**	78	ไม่ตั้งเป้า				รายงานในระบบ	
					การประเมินทักษะผู้ใช้งานเครื่องควบคุม การไหลของสารน้ำ**	ยังไม่ถึงรอบ	ไม่ตั้งเป้า				รายงานในระบบ	
					10.7 ด้านลดอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อใน โรงพยาบาล							
					- SSI	0.87	1 เท่าNNIS	1 เท่าNNIS	1 เท่าNNIS	1 เท่าNNIS		
					- VAP	2.28	≤ 25 per	≤ 25 per	≤ 25 per	≤ 25 per		
					- CR-BSI	7.29	≤ 50 per	≤ 50 per	≤ 50 per	≤ 50 per		
					- การล้างมือ							
					ก่อน	84.42%	80%	80%	80%	80%		
					หลัง	98.42%	80%	80%	80%	80%		
					10.8 ด้านประสิทธิผลของการสื่อสาร ระหว่างทีมผู้ให้การรักษา	2 ครั้ง	0	0	0	0		
		2. ติดตาม morbidity rate ในโรคที่กำหนด	6. ติดตาม morbidity & mortality rate ใน โรคที่กำหนด		11. อัตราการเสียชีวิตและภาวะบาดเจ็บใน โรคที่ภาควิชากำหนด							KPIs ภาควิชา
					12. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในภาพรวม	2.42% (634 ราย)	<2.3	<2.25	<2.25	<2.25		KPIs ทีมบริหาร รพ.
					13. อัตราตายของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด elective case	0.004	0.001	0.001	0.0005	0.0005		
					14. อัตราตายภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	ปี 2549						
					- ASA I	0	0	0	0	0		
					- ASA II	0	0	0	0	0		
					- ASA III	0.6	<1	<1	<1	<1		
					- ASA IV	4.07	<5	<5	<5	<5		
					- ASA V	28.85	<30	<30	<30	<30		
					15. อัตราตาย aortic valve replacement	0	0	0	0	0		
					16. อัตราตายผู้ป่วยผ่าตัดปิด atrial	0	0	0	0	0		

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ		
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554			
					septal defect								
					17. อัตราตายผู้ป่วยผ่าตัดเปิด ventricular septal defect	0	0	0	0	0			
<ul style="list-style-type: none"> การตอบสนองความต้องการด้านคุณภาพการให้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง - นวัตกรรมด้านการบริการ 	๒๒ การบริการที่สร้างความพึงพอใจและความภักดี	1. เรียนรู้และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการกลุ่มต่างๆอย่างต่อเนื่อง	7. พัฒนาระบบนัดผู้รับบริการ รวมทั้งปรับระบบให้ผู้ป่วยทุกรายอยู่ในระบบนัดผู้ป่วย	18. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจตรงตามนัด (-10, +20 นาที)	39.71%	40%	45%	50%	55%	KPIs ที่บริหาร รพ.			
			8. ประเมินและปรับปรุงพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ และกำหนดเป็นปัจจัยหลักในการประเมินบุคลากร	19. จำนวนเรื่องร้องเรียน (ด้านพฤติกรรมบริการ /การสื่อสาร)**		รายงานในระบบ							
			9. นำระบบสารสนเทศมาพัฒนาการบริการ (ให้กำหนดว่ามีหัวข้อการพัฒนาอะไรบ้างที่จะนำระบบสารสนเทศมาช่วย)									KPIs ของเวชสารสนเทศ	
			10. จัดให้มีการวิจัยและพัฒนาตลาด									รพชฯ วิจัย	
						20. ร้อยละของผู้ป่วยที่กลับมารักษาเมื่อป่วยครั้งต่อไป							KPIs ที่บริหาร รพ.
						20.1 ผู้ป่วยนอก	77.9	80	81	82	83		
						20.2 ผู้ป่วยใน	86	87	88	89	90		
						20.3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน	76.3	77	78	79	80		
						21. ร้อยละของผู้ป่วยที่จะแนะนำให้ผู้อื่นมารักษาต่อที่โรงพยาบาลฯ							
						21.1 ผู้ป่วยนอก	79.1	80	80	82	82		
						21.2 ผู้ป่วยใน	85.1	85	85	87	87		
						21.3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน	78	78	78	80	80		
			22. ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	4.43	4.43	4.44	4.45	4.46					
			23. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	4.04	4.12	4.14	4.16	4.18					
			24. ความพึงพอใจของผู้ป่วยฉุกเฉิน	3.86	4.02	4.04	4.06	4.08					
			11. ลดเวลารอคอยของจุดบริการหลัก	25. Waiting Time จุดบริการหลัก (นาที) 25.1 รอจ่ายเงิน 25.2 รอรับยา 25.3 ระยะเวลาตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB)									
			12. พัฒนาหน่วยงาน CRM รวมทั้งบริหารจัดการข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว	26. การบริหารเรื่องร้องเรียน 26.1 การบริการทั่วไป	75.68%	90%	90%	95%	95%				

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554	
				- ปิดเพิ่มทันที - ปิดเพิ่ม ≤ 7 วัน - ปิดเพิ่ม ≤ 15 วัน 26.2 ทางกายภาพ		14% 67.04% 75% 0	15% 68% 78% 0	15% 70% 78% 0	16% 72% 80% 0	16% 75% 80% 0	
			13. ปรับระบบให้เอกสารเบิกจ่ายมีความถูกต้องและรวดเร็ว	27. ร้อยละของเอกสารทางการแพทย์ที่เสร็จภายในเวลาที่กำหนด 27.1 ใบ refer 27.2 ใบรับรองแพทย์ประกอบการทำธุรกรรม (ภายใน 7 วัน)		82.36% 82.86%	83% 83%	84% 84%	85% 85%	86% 86%	
			14. ปรับปรุงสถานที่ห้องฉุกเฉิน	28. มีการปรับห้องฉุกเฉินด้านบริการผู้ป่วยเสร็จสิ้น (Phase II)		ชะลอการปรับ ER ไว้ก่อน เนื่องจากมีศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน					
- การปรับตัวต่อ นโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมี ปัญหาด้านการเบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล - ความเห็นว่าด้านการ ตรวจรักษาโรคยากซับซ้อน - นวัตกรรมด้านธุรกิจ	3 3 ฐานะ ทางการเงินที่ มั่นคง และมีเงิน พอสามารถ พัฒนาต่อได้	1. ขยายฐาน ผู้รับบริการกลุ่มที่มี กำลังจ่ายค่า รักษาพยาบาล	15. เพิ่มมูลค่าเพิ่ม (value-added) ของ กระบวนการรักษาพยาบาลโรคยากซับซ้อน	29. จำนวนคลินิกนอกเวลาวิชาการเพิ่มขึ้น 30. จำนวนผู้ป่วยใน (กลุ่มเป้าหมาย จ่ายเงินเอง ประกันชีวิต)		18 17.31%	20 20%	20 22%	20 24%	20 26%	รายงานในระบบ
			16. ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น (waste management)	31. อัตราค่ารักษาพยาบาล ต่อ 1 RW**		17,000	ไม่เกิน 18,000	ไม่เกิน 19,000	ไม่เกิน 20,000	ไม่เกิน 21,000	
			17. พัฒนาระบบการบริการผู้รับบริการกลุ่มที่ มีกำลังจ่ายค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งเพิ่มหอ ผู้ป่วย privatization	32. รายรับค่ารักษาพยาบาลทางบัญชี (ลบ.)		1,654	2,000	2,300	2,500	2,800	
			18. ปรับค่ารักษาพยาบาลตามต้นทุน	33. สัดส่วนความสำเร็จของแฟ้มเวชระเบียน - ณ วันที่ 6 (ประกอบเบิกจ่าย) - ณ สิ้นเดือนถัดไป		90.76 99	91 99.5	92 99.5	93 99.5	94 99.5	
			19. เร่งรัดหนี้สินรวมทั้งปรับปรุงกระบวนการ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	34. Net profit margin** 35. Current ratio** 36. Market share**		14.58 24.35 9.80%	15 25 10.30%	15 25 10.80%	15 25 11.30%	15 25 11.80%	
			20. พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ และระบบทางเดินอาหาร	37. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน Competency			80%	85%	90%	95%	
• - .การก้าวทัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ • - ความเห็นว่าด้าน ตรวจรักษาโรคยากซับซ้อน • - การมีทรัพยากร บุคคลเพียงพอต่อการ	4 4 4 ด้านบุคลากร 4.1 การเพิ่ม สมรรถนะของ บุคลากรสู่ความ เป็นเลิศ	1. พัฒนาบุคลากร ตามแนวทาง Competency รวมถึง ความสามารถตรวจ รักษาโรคซับซ้อน	20. พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ และระบบทางเดินอาหาร	37. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน Competency - สายสอน / บริการ - สายบริการ - สายสนับสนุน							กก.ศูนย์ ความเป็นเลิศ, รชงฯ พัฒนา บุคลากร
				38. ผลการประเมิน Common competency							รชงฯ พัฒนา บุคลากร

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ								
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554									
พัฒนา					39. Labor productivity**	0.14	0.15	0.15	0.17	0.17	รายงานในระบบ ข้อ 38-39								
					40. Labor cost competitiveness**	80.5	82	82	85	85									
					41. อัตราการย้ายออก (% / คน)														
					- สายสอน / บริการ	0.85 / 2 คน	<2%	<2%	<2%	<2%									
					- สายบริการ (พยาบาล)	4.46 / 45 คน	<5%	<5%	<5%	<5%									
	4.2 จัดหาและ ธำรงรักษาบุคลากร	2. การจัดหาบุคลากร ให้เพียงพอกับภาระงาน	21. ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลที่ สถาบันการศึกษา (แหล่งผลิตพยาบาล)	22. ให้นักศึกษาก่อนเข้าศึกษาพยาบาล	44.ร้อยละของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นตามความ จำเป็นของภาระงาน						รองฯ พัฒนา บุคลากร								
						- สายสอน / บริการ	9.5	5%	5%	5%		5%							
						- สายบริการ (พยาบาล)		5%	5%	5%		5%							
						3. ส่งเสริมความ ก้าวหน้าในภาระงาน	23. จ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน												
						24. ยกย่องชมเชย ให้รางวัลบุคลากรที่ทุ่มเท													
						4.3 การสร้างเสริม สุขภาพบุคลากร ส่งเสริมอาชีพ อนามัยและจัด สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาพดี (Healthy workplace)	4. ปรับปรุงสถานที่ ทำงานให้มีสุขอนามัย ปลอดภัย อาชีวอนามัย ที่จัดสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Healthy workplace)	25. ปรับปรุงสถานที่ทำงานให้มีสุขอนามัย ปลอดภัย มีการป้องกันภัย	45. จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัย / แผน ป้องกันกรก่การร้าย	46. จำนวนหน่วยงานที่สำรวจความเสี่ยงด้าน กายภาพ			100%	100%	100%	100%	100%	KPIs ที่บริหาร รพ.	
												26.ลดการติดเชื้อจากการทำงาน	47. อัตราบุคลากรที่ติดเชื้อวัณโรค	0.15	0.142	0.142	0.142		0.142
													48. อัตราบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุเข็มตำ (ครั้งต่อ 100 เติยง)	15	15	15	15		15
													49. อัตราบุคลากรติดเชื้อ HIV จากการปฏิบัติงาน	0	0	0	0		0
						27. มีการตรวจสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ประจำปี	28. มีการวัดสมรรถภาพบุคลากรประจำปี	29. โครงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กีฬา ส่งเสริม 5 อ(อาหาร,อากาศ,ออกกำลังกาย, อารมณ์ และอบายมุข)	50. ร้อยละของบุคลากรที่มี BMI เกินมาตรฐาน และได้รับการบำบัด	51. ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วม One mile walk test								รองฯ พัฒนา บุคลากร	
52. ผลการประเมินสมรรถภาพ (ดี / ดีมาก / ดีเยี่ยม)																			
53. จำนวนกิจกรรมที่จัด																			
• - การควบคุมต้นทุนค่า รักษาพยาบาล • - การปรับตัวต่อ นโยบายหลักประกัน	5 การเพิ่ม ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ของกระบวนการ	1. ใช้ทรัพยากรให้เกิด ประโยชน์สูงสุดและ คุ้มค่า	30. กำหนดแนวทางและติดตามการตรวจ รักษาโรคให้เป็นมาตรฐาน (CPG)	31. โรคยาก - โรคที่พบบ่อย	54. จำนวน CPG**						KPIs ที่บริหาร รพ.								
					55. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	7.8	7.7	7.7	7.6	7.6									

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ	
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554		
สุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมี ปัญหาด้านการเบิกจ่ายค่า รักษายาพยาบาล • - การก้าวทัน เทคโนโลยีทางการแพทย์	รักษาพยาบาล โดยใช้เทคโนโลยี ที่เหมาะสม	2. การวิเคราะห์และ ควบคุมต้นทุน รวมทั้ง การบริหารคลังพัสดุ	- โรคที่เป็นปัญหา									
			31. นวัตกรรมสารสนเทศมาพัฒนา กระบวนการรักษาและกระบวนการสนับสนุน	- ดุลยภาพจากแผนกลยุทธ์ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ ข้อ 1								KPIs ของเวช สารสนเทศ
•- ความเหนือกว่าด้าน ตรวจรักษาโรคยากซับซ้อน • - นวัตกรรมด้านการ ปฏิบัติการ			32. กำหนดให้ทุกหอผู้ป่วยมี Discharge Planning ในโรคที่มีปัญหาในการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	56. จำนวน Discharge Planning (สะสม)		11	16	21	26	31	KPIs ทีมบริหาร รพ.	
			33. มี Utilization Review สำหรับครุภัณฑ์ที่ ราคาเกิน 5 ล้านบาท	57. ร้อยละของครุภัณฑ์ที่ราคาเกิน 5 ล้านบาท ที่มี Utilization Review								รองบริหาร
			34. ให้ภาควิชาที่มี Quality / Efficiency Round	58. ร้อยละของภาควิชาที่มี Quality / Efficiency Round								KPIs ภาควิชา
			59. อัตราค่ารักษาพยาบาลต่อ 1 RW**	รายละเอียดตามแผนระยะสั้น ข้อ 18								KPIs ทีมบริหาร รพ.
			35. ทบทวนการรักษาผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล เกิน 1 เดือน	60. อัตราการทบทวนการรักษาผู้ป่วยกรณีที่อยู่ รพ. เกิน 1 เดือน			50%	50%	50%	50%		
			36. บริหารจัดการการใช้ทรัพยากร ได้แก่ เวลา สถานที่ ค่าใช้จ่าย บุคลากรและขั้นตอนการ ทำงาน	61. อัตราการจองต่อการใช้เลือด (C:T ratio)	2.07:1	<2:1	<2:1	<2:1	<2:1			
				62. ประสิทธิภาพการใช้ห้องผ่าตัด (ในเวลา ทำงาน	90.77	91	91	92	93			
				63. อัตราการครองเตียง ICU	91.67	92	92	95	95			
	64. อัตราการครองเตียง 65. อัตราการครองเตียงผู้ป่วย PRIVATE - หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 11 - หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 12	87.1 67.62 61.61	87.5 75 75	88 80 80	88.5 85 85	89 90 90						
	66. Inventory turnover**	11	11.2	11.3	11.4	11.5			รายงานในระบบ			
• - การตอบสนองต่อ ความต้องการของชุมชน เกี่ยวกับการขึ้นด้าน สุขภาพ	6 การขึ้นนำ ชุมชนด้านสุขภาพ	1. สร้างความเข้มแข็ง ด้านการส่งเสริม สุขภาพให้แก่ชุมชน	37. โครงการให้ความรู้และเงินสนับสนุนแก่ ชุมชน	67. จำนวนโครงการหรือกิจกรรม	28	30	30	36	36	KPIs ทีมบริหาร รพ.		
				68. จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรม	2,668	2,800	3,000	3,200	3,400			
				69. จำนวนเงินสนับสนุน**	4.5 ล้านบาท	5.7	5.9	6.1	6.3		รายงานในระบบ	
			38. สนับสนุนให้โรงพยาบาลในภาคใต้ ตอนล่างมีการพัฒนาคุณภาพ	70. จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พัฒนาคุณภาพภาคใต้ : จำนวนที่ผ่านการ ประเมินในแต่ละระดับ - จำนวน รพ. (สะสม)	72	74	76	78	80		KPIs ทีมบริหาร รพ.	

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์/ Strategic advantages/ โอกาสสำหรับนวัตกรรม	วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์	แผนปฏิบัติการ		ตัวชี้วัดสำคัญ (KPIs)		ผลการ ดำเนินงาน ปีงบประมาณ.2550	เป้าหมายปีงบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ		
		แผนระยะยาว	แผนระยะสั้น	Leading KPIs	Lagging KPIs		2551	2552	2553	2554			
				- รพ. ผ่านบันไดขั้นที่ 1 - รพ.ผ่านบันไดขั้นที่ 2 - รพ.ได้รับ HA (สะสม)**		- 13 3	- - 5	- - 7	- - 9	- - 11	รายงานในระบบ		
			39. จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนผ่าน เวทีสุขภาพ	71. จำนวนครั้ง / ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเวทีสุขภาพ 72. ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเวที สุขภาพ					12	12	12	12	
	๗ บูรณาการ รักษาพยาบาล การเรียนการสอน และการวิจัยให้ ไปในทิศทาง เดียวกัน และ ส่งเสริมซึ่งกัน และกัน		40. พัฒนาระบบสารสนเทศด้าน รักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการวิจัย	73. มี software ซึ่ง special clinic ลงผลผู้ป่วย และนำประมวลผลได้ 74. มี software ในการจัดเก็บข้อมูลที่ scan จากเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยเก่า									รองฯ ฝ่าย สารสนเทศ
			41. นำ evidence based มาปรับปรุง ประสิทธิภาพการบริการรักษาพยาบาล เพื่อ ส่งเสริมการเรียนการสอน	75. จำนวน CPG 76. จำนวน Clinical tracer ของภาควิชา									KPIs ภาควิชา
			42. นำงานวิจัยของภาควิชามาปรับ ประสิทธิภาพการบริการรักษาพยาบาล เพื่อ ส่งเสริมการเรียนการสอน	77. จำนวนโครงการวิจัยที่นำมาปรับ ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล									รองฯ รพ.,รองฯ วิจัย
			43. ให้ทุกภาควิชามีงานวิจัยที่ร่วมกันทำ ระหว่างสายสอน/บริการกับสายบริการอย่าง น้อย 1 - 2 เรื่อง/ปี	78. จำนวนงานวิจัยที่ร่วมกันทำระหว่างสาย สอน/บริการกับสายบริการ 79. จำนวนโครงการวิจัยที่เกิดจากงานประจำ									
	๘ นำหลักการ TQA มาใช้เป็น แนวทางกร บริหารและ พัฒนาคุณภาพ ต่อยอด HA		44. ให้ความรู้ ทำความเข้าใจเรื่องเกณฑ์ มาตรฐาน HA TQA อย่างต่อเนื่อง	80. จัดการสำรวจ Internal Survey ปีละ 1 ครั้ง 81. ผ่านการสำรวจ Surveillance survey		/	/	/	/	/	/	/	KPIs ทีมบริหาร รพ.
			45. ประเมินตนเองตามแนวทาง HA/TQA และระบุประเด็นที่เป็นปัญหา	82. จำนวนหน่วยงานที่มีการสื่อสารและ ถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ		100%	100%	100%	100%	100%			
			46. แก้ไข / ปรับปรุงกระบวนการสื่อสารและ ถ่ายทอดสู่บุคลากรทุกระดับ	83. ผ่านการรับรอง re-accrreditation 84. ได้รับรางวัล TQC		/			/				

หมายเหตุ ตัวชี้วัด ** หมายถึง ตัวชี้วัดที่รายงานในระบบโรงพยาบาล