

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



GARISPANDUAN PENGUKUHAN PELAKSANAAN DAN APLIKASI *HOSPITAL PERFORMANCE INDICATOR FOR ACCOUNTABILITY (HPIA)* DAN PETUNJUK PRESTASI UTAMA (KPI) PERKHIDMATAN KLINIKAL PROGRAM PERUBATAN

2014

**UNIT SURVELAN PENCAPAIAN KLINIKAL
BAHAGIAN PERKEMBANGAN PERUBATAN**

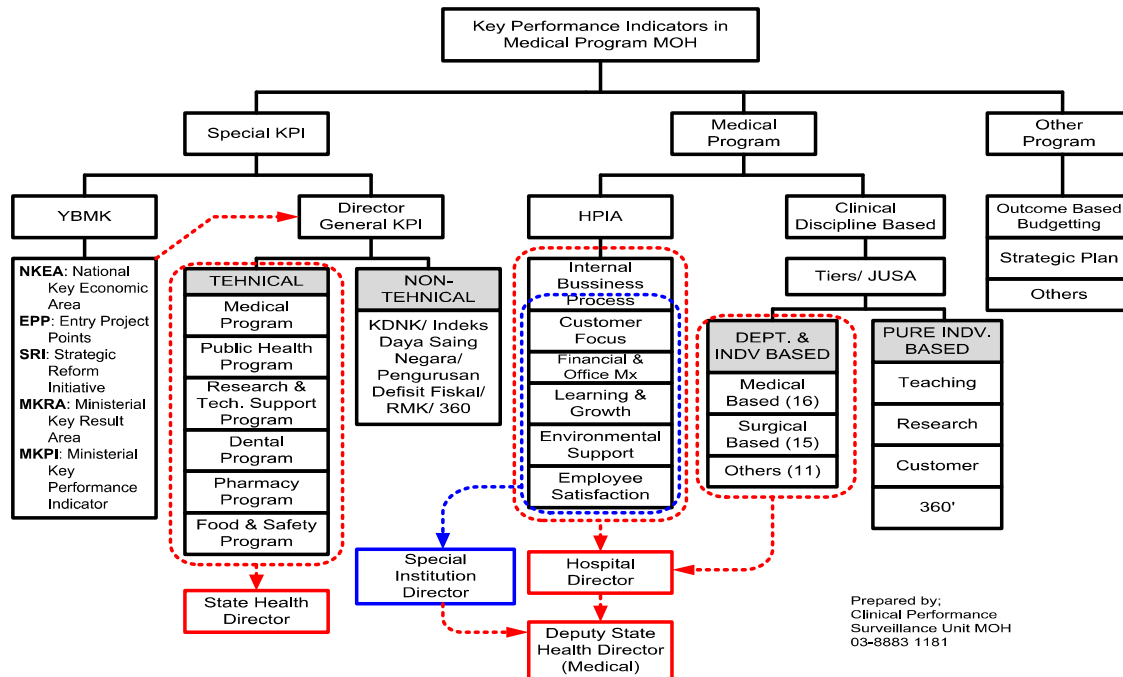


GARISPANDUAN PENGUKUHAN PELAKSANAAN DAN APLIKASI HOSPITAL PERFORMANCE INDICATOR FOR ACCOUNTABILITY (HPIA) DAN PETUNJUK PRESTASI UTAMA (KPI) PERKHIDMATAN KLINIKAL PROGRAM PERUBATAN

1. PENDAHULUAN

- a. Garispanduan ini dibangunkan bagi tujuan memberi penerangan dan perincian pelaksanaan pengukuhan pengukuran pencapaian perkhidmatan di Hospital-Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia.
- b. Ia adalah merujuk kepada pelaksanaan kumpulan indikator bagi ***Hospital Performance Indicator for Accountability (HPIA)*** dan ***KPI Perkhidmatan Klinikal (Clinical Services Key Performance Indicator) Program Perubatan***.
- c. Pembangunan Petunjuk Prestasi Utama (KPI) bagi Perkhidmatan di Hospital adalah suatu keperluan yang sejajar dengan Pekeliling Perkhidmatan Awam (PKPA) Bil. 2/2005 (dari segi rangkaikerja (*framework*) ia adalah merujuk kepada Rajah 1).
- d. Ia juga bertepatan dengan saranan YAB Perdana Menteri dalam pembudayaan KPI dan pengwujudan Budaya Prestasi Tinggi serta pemfokusan kepada keberhasilan dalam perkhidmatan awam (Persidangan Perkhidmatan Awam ke 13, 2008). Ia juga adalah selaras dengan amanat beliau kepada Penjawat Awam dalam memastikan perkhidmatan awam dari aspek CTI dan PCI (cepat, tepat, itegriti serta produktiviti, kreativiti, inovasi).
- e. Pelaksanaan Garispanduan ini juga adalah merujuk kepada saranan YAB Perdana Menteri dalam mewujudkan budaya keberhasilan bagi meningkatkan mutu dan kualiti kerja berdasarkan petunjuk prestasi utama (KPI) (Prinsip Transformasi Negara (Hari Pekerja Penjawat Awam 2014).
- f. Sebagai salah satu langkah bersepadu, Program Perubatan telah mengemaskini serta menyemak semua indikator sedia ada dan membangun indikator baru bagi memenuhi elemen dan dimensi kualiti dan akauntabiliti yang diperlukan.
- g. Pelaksanaan HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal Program Perubatan ini adalah **berkuatkuasa** bagi kemasukan data bermula pada **01 Julai 2014**.

RAJAH 1: KPI FRAMEWORK BAGI PROGRAM PERUBATAN 2014



2. OBJEKTIF

Objektif pembangunan indikator HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal Program Perubatan adalah bagi;

- Mewujudkan mekanisma survelan dalam pemantauan penilaian pencapaian perkhidmatan klinikal dan perkhidmatan yang berkaitan di hospital KKM.
- Mewujudkan nilai pencapaian yang boleh dibandingkan secara objektif melalui *performance index* dengan nilai validasi yang optima melalui aktiviti *performance audit*.
- Mengenalpasti faktor-faktor kecemerlangan dan kekurangan sesebuah hospital bagi membantu pengwujudan strategi pengurangan risiko dan *shortfall in quality* (SIQ).
- Meningkatkan nilai input bagi justifikasi penambahbaikan perkhidmatan klinikal dan bukan klinikal yang berkaitan kepada pakar-pakar klinikal dan pihak yang tertentu melalui nilai *performance index*, *SIQ index* dan nilai parameter lain yang dipantau dengan pengwujudan dasar-dasar seperti dasar baru.



- e. Memastikan pesakit mendapat perawatan dengan lebih berkualiti, efisien dan selamat melalui usaha meningkatkan kualiti perkhidmatan yang berterusan.
- f. Membantu penyelarasan aktiviti, Visi dan Misi Kementerian Kesihatan melalui semakan pencapaian perkhidmatan secara berkala.
- g. Membantu memperkukuhkan jaringan surveilan pencapaian perkhidmatan klinikal di antara Hospital dengan Jabatan Kesihatan Negeri serta pihak Kementerian Kesihatan.
- h. Memastikan penggunaan dimensi atau elemen terhadap parameter penilaian pencapaian (petunjuk prestasi/ *performance indicator*) adalah relevan dan terkini serta disepakati oleh pakar dan anggota klinikal.

3. SKOP PELAKSANAAN

- a. Skop pelaksanaan indikator bagi **Hospital Performance Indicator for Accountability (HPIA)** adalah terhadap Pengarah-Pengarah Hospital/ Institusi serta Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan).
- b. Bagi **KPI Perkhidmatan Klinikal** (*Clinical Services Key Performance Indicator*) **Program Perubatan** ianya adalah untuk Pakar-Pakar Klinikal Program Perubatan yang dipantau melalui perkhidmatan yang diberikan oleh jabatan/ disiplin kepakaran atau sub-kepakaran masing-masing.
- c. Dari aspek aplikasi
 - i. **SEMUA indikator HPIA** akan digunapakai di **SEMUA** Hospital/ Institusi (Hospital dengan perkhidmatan khas, seperti Hospital Rehabilitasi, Institut Kanser Negara) Kementerian Kesihatan Malaysia.
 - ii. **KPI Perkhidmatan Klinikal** (*Clinical Services Key Performance Indicator*) **Program Perubatan** akan digunapakai di Hospital yang **mempunyai perkhidmatan kepakaran dan/ atau sub-kepakaran dengan pakar residen** (bagi hospital dengan perkhidmatan pakar lawatan (*visiting specialist*) - pemantauannya adalah secara pilihan (*optional*) berdasarkan keperluan JKN dengan pandangan Pakar Klinikal Negeri/ Ketua Perkhidmatan Klinikal yang berkaitan).



4. SPESIFIKASI TEKNIKAL

- a. Spesifikasi Teknikal (*Technical Specification*) adalah dokumen rujukan bagi perincian HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal.
- b. Amnya ia mengandungi definisi indikator dan terma, rasional pemantauan, kriteria *inclusion* dan *exclusion*, numerator, denominator, formula pengiraan, *standard* indikator, kaedah pengumpulan dan verifikasi.
- c. Bagi HPIA ianya dibangunkan bersama kumpulan Pengarah Hospital Senior, pegawai-pegawai serta anggota daripada perkhidmatan yang berkaitan serta input daripada Jabatan dengan perkhidmatan yang disasarkan (melalui *feasibility study*) dan input Urusetia KKM (sila rujuk perkara 5.4.I dan 5.4.II).
- d. Bagi KPI Perkhidmatan Klinikal ianya dibangunkan sepenuhnya oleh Kumpulan Pakar Klinikal daripada perkhidmatan kepakaran dan sub-kepakaran berkaitan bersama input daripada pihak Urusetia KKM dan Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan).
- e. Spesifikasi Teknikal adalah bersifat dinamik dan boleh dipinda berdasarkan keperluan dan justifikasi semasa setelah mendapat kelulusan/ arahan Pengarah Perkembangan Perubatan atau Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan) melalui persetujuan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia bagi isu-isu pokok.
- f. Bagi pindaan indikator KPI Perkhidmatan Klinikal, pandangan dan input daripada Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan dan/ atau pakar klinikal berkaitan dengan kepakaran atau sub-kepakaran juga akan diperolehi berserta kelulusan/ arahan Pengarah Perkembangan Perubatan atau Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan) melalui perkenan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia.
- g. Tanpa justifikasi yang kukuh dan/ atau tiada keperluan semasa dan/ serta kelulusan/ arahan Pengarah Perkembangan Perubatan atau Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan) dan tiada perkenan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia, pindaan indikator tidak dianggap sah.



5. HOSPITAL PERFORMANCE INDICATOR FOR ACCOUNTABILITY (HPIA)

5.1 PENGENALAN HPIA

- a. **Hospital Performance Indikator For Accountability (HPIA)** adalah merupakan kumpulan indikator yang dibangunkan bagi membantu pemantauan penyampaian perkhidmatan hospital KKM secara lebih komprehensif dan objektif serta mematuhi keperluan akauntabiliti berasaskan elemen dan dimensi yang menyeluruh dengan turut mematuhi kriteria indikator SMART (*specific, measureable, achievable, reliable* dan *timely*) serta berpaksikan KPA (*Key Performance Area*) yang lebih lengkap.

5.2 KEPERLUAN PEMBANGUNAN DAN PELAKSANAAN HPIA

- a. Pembangunan dan pelaksanaan HPIA adalah merujuk kepada keperluan pelaksanaan pemantauan pencapaian perkhidmatan di Hospital melalui **Performance Assesment Tools for Quality Improvement in Hospital (PATH)** yang digunakan di dua puluh (20) buah Negara-Negara OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) oleh *World Health Organization* (WHO) sebagaimana yang disarankan oleh YBhg. Datuk Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia, Datuk Dr. Noor Hisham bin Abdullah.
- b. Ia juga adalah sebahagian daripada inisiatif yang diwujudkan hasil maklumbalas dalam penilaian pencapaian perkhidmatan klinikal melalui **Report Card** pada tahun 2012 bersama Pengarah-Pengarah Hospital.

5.3 OBJEKTIF KHUSUS HPIA

- a. HPIA dibangunkan bagi mendapatkan **penilaian pencapaian perkhidmatan di Hospital KKM serta pencapaian Pengarah Hospital dan Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan)** secara objektif melalui pencapaian *performance index* dan lebih komprehensif melalui elemen yang lebih menyeluruh.
- b. Ia juga dibangunkan bagi memenuhi keperluan komponen **akauntabiliti** dalam penilaian pencapaian perkhidmatan di hospital.



5.4 PEMBANGUNAN HPIA

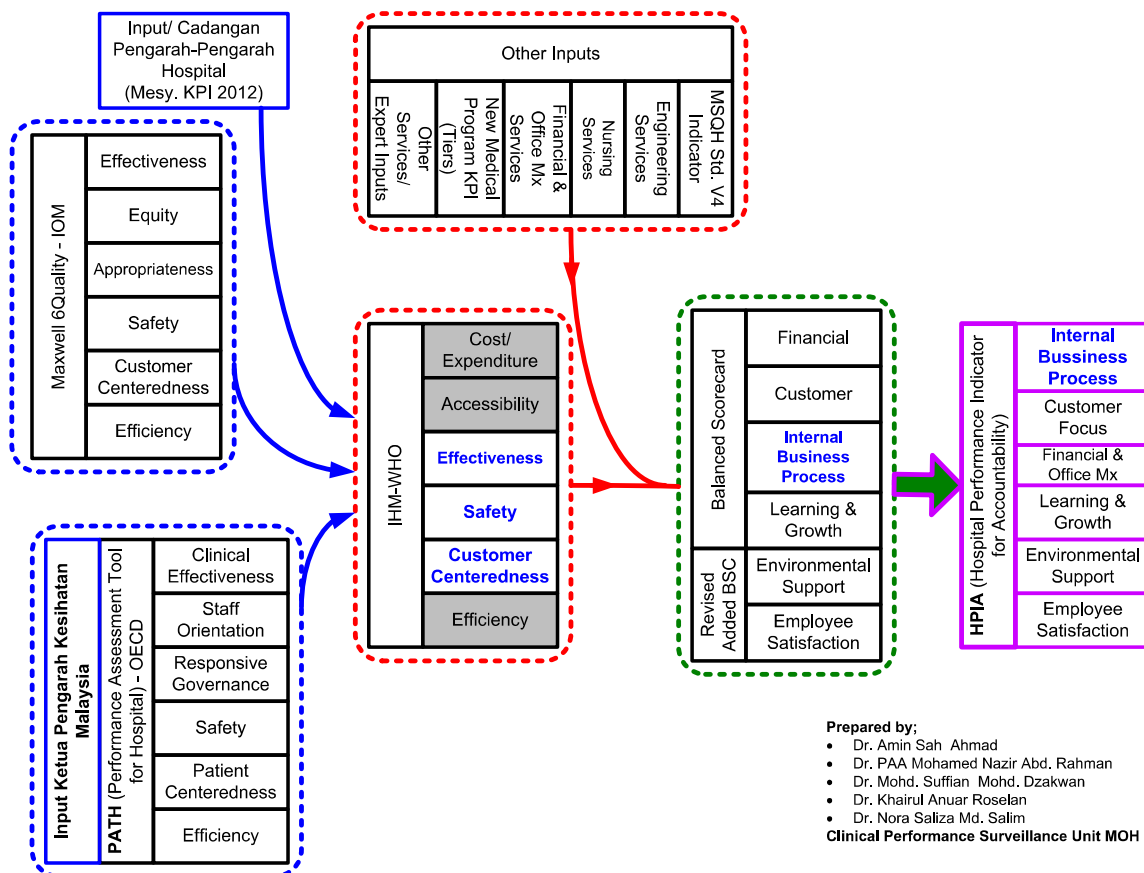
I. SEMAKAN LITERATURE

- HPIA dibangunkan berasaskan **enam (6) elemen** input yang menyeluruh.
- Input asas dan utama dalam penyediaan Indikator HPIA adalah input daripada **indikator klinikal perkhidmatan Program Perubatan** yang sedia ada (iaitu indikator NIA, KPI dan PI - dikenali sebagai *Performance Indicator*).
- Input ini yang berasaskan dimensi kualiti oleh *Maxwell Quality Dimension (i.e. effectiveness, equity, appropriateness, safety, customer centeredness & efficiency)* (Maxwell, 1992) yang disemak dan digabungjalinkan bersama indikator-indikator PATH (*Performance Assessment Tools for Quality Improvement in Hospital*) (WHO, Regional Office for Europe, 2007) (*i.e. clinical effectiveness, staff orientation, responsive governance, safety, patient centredness & efficiency*).
- Indikator-Indikator berkenaan turut disesuaikan dengan dimensi kualiti dari IHM-WHO (Institute Health of Management - World Health Organisation) dan cadangan indikator dari *Malaysian Society for Quality in Health, Standard version 4* (MSQH, 2013).
- Selain daripada itu juga, indikator-indikator ini juga diambil sebahagiannya daripada indikator sedia ada di perkhidmatan kejururawatan, kejuruteraan, farmasi, kewangan dan pengurusan pejabat turut dicadangkan dalam semakan ini.
- Indikator-indikator ini seterusnya disesuaikan dengan keperluan pengurusan pencapaian seimbang berasaskan perspektif *Balance Scorecard (i.e. internal business process, customer focus, financial & office management, learning & growth, environmental support & employee satisfaction)*, (Kaplan & Norton, 1992).

Rujukan:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055007/pdf/qualhc00003-0023.pdf> (Quality in Healthcare, Sept 1992; 1(3): 171-177)
- http://www.cmj.org.pl/who/path_brochure.pdf
- Manual Kualiti Program Perubatan, 2011.*
- The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action, Kaplan & Norton, 1996.*

RAJAH 2: INPUT DAN ELEMEN BAGI PEMBANGUNAN HPIA



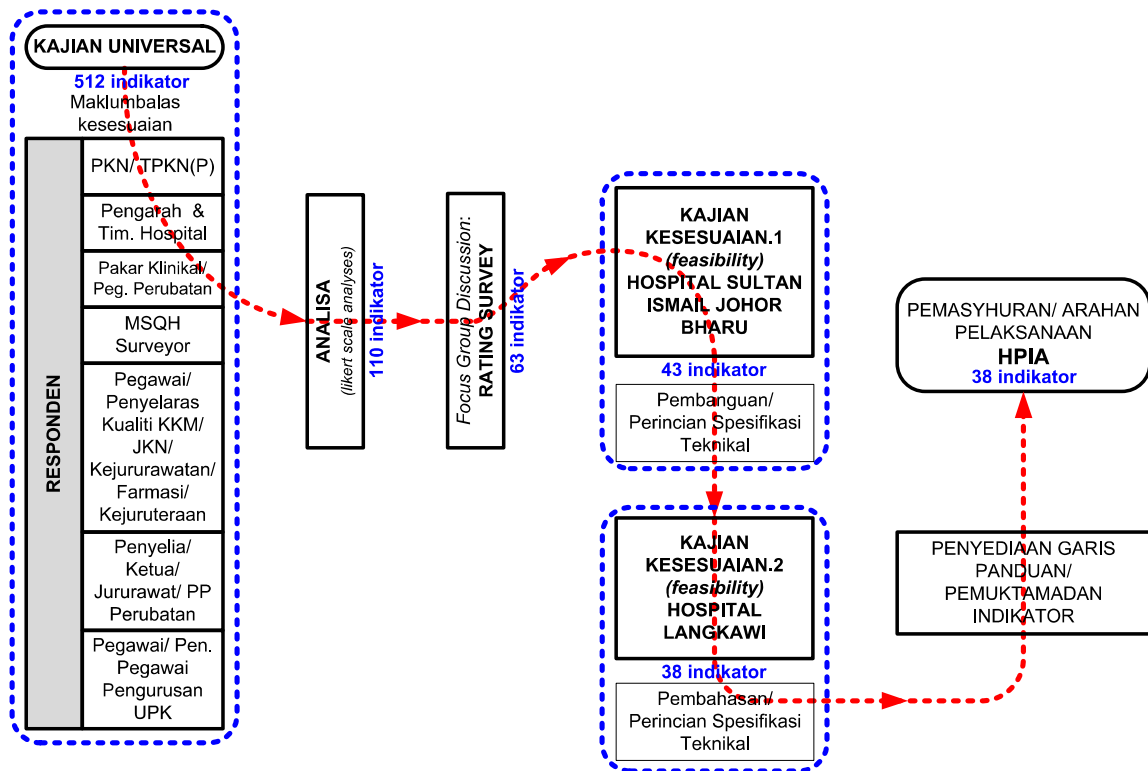
5.4 II. KAJIAN BAGI PEMBANGUNAN HPIA

- Bagi memastikan indikator HPIA dapat dilaksana dan *applicable*, pemilihan indikator dimulakan dengan satu **Kajian Universal** kepada seluruh warga pekhidmatan di Hospital-Hospital KKM dan di Jabatan Kesihatan Negeri di seluruh Malaysia.
- Satu kajian universal yang melibatkan **512 indikator** yang telah dikenalpasti dilaksanakan dengan mengambil maklumbalas kesesuaian pelaksanaan indikator-indikator ini dengan kaedah *likert scale* dengan menggunakan borang kaji soalselidik *excel*.
- Kerangka sampel bagi anggota perkhidmatan Kementerian Kesihatan yang terlibat adalah semua Pengarah Kesihatan Negeri, Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan), Pengarah Hospital, Pakar Klinikal, Pegawai Perubatan, 'Surveyor MSQH, Jururawat Terlatih, Penyelia dan Ketua Jururawat,



- Penyelaras Kualiti Klinikal JKN, Pegawai/ Penyelaras Kualiti Klinikal KKM (Bahagian Kejuruteraan, Bahagian Kejururawatan, Perkhidmatan Farmasi) dan Pegawai-Pegawai Pengurusan (Unit Pentadbiran & Kewangan Hospital).
- d. Merujuk kepada Kajian Universal di atas dengan tempoh maklumbalas daripada 16 Februari sehingga 15 Mac 2013, 46.2% responden dari kerangka sampel ini telah bersetuju mencadangkan **110 indikator** bagi semakan selanjutnya.
 - e. Kesemua 110 indikator ini selanjutnya dibentang dan dibahaskan bersama kumpulan 25 orang anggota KKM yang terdiri daripada pakar klinikal dan pegawai kanan perkhidmatan perubatan, anggota perkhidmatan sokongan, anggota pengurusan dan pentadbiran serta pasukan penilai berkenaanya kesesuaiannya. Hasil daripada perbincangan ini, **63 indikator** telah dikenalpasti mempunyai *rating* yang lebih tinggi.
 - f. Pada 3 hingga 5 April 2013, 63 indikator yang dicadangkan ini telah melalui fasa I kajian *feasibility and data retrieval possibility* telah dilaksanakan di Hospital Sultan Ismail Johor Bharu.
 - g. Selain daripada kebolehlaksanaan, kajian ini juga memberi fokus kepada keupayaan perolehan data dari sumber primer yang dikenal pasti.
 - h. Hasilnya **43 indikator** telah dikenal pasti untuk dipilih berdasarkan justifikasi yang dikenalpasti dan dicadangkan untuk dibawa kepada fasa semakan selanjutnya. Kesemua 43 ini kemudiannya disemak dan diperincikan spesifikasi teknikalnya bagi melihat semua aspek kebolehupayaan perolehan data serta perlaksanaan.
 - i. Berdasarkan kepada spesifikasi teknikal yang telah diperincikan, satu kajian *feasibility* fasa II dilaksanakan di Hospital Langkawi pada 27 hingga 29 Ogos 2013 dan hasilnya **38 indikator** dicadangkan penggunaannya dalam pelaksanaan HPIA. Indikator-indikator berkenaan disemak perinciannya sekali lagi pada 16 Disember 2013 bagi memastikan spesifikasi teknikal adalah lengkap.

RAJAH 3 : PEMBANGUNAN DAN SEMAKAN HPIA



5.4 III. DIMENSI HPIA

HPIA mempunyai 6 (enam) elemen atau dimensi. Elemen berkenaan adalah;

a. *Internal Business Process*

- Indikator yang dibangunkan/ dipilih dalam pemantauan perkhidmatan klinikal dan perkhidmatan yang berkaitan dengan klinikal yang diberikan oleh Hospital.
- Secara keseluruhannya, selain daripada perawatan pesakit yang meliputi perkhidmatan klinikal (perubatan, pediatrik, obstetrik, perubatan kecemasan, dll.) indikator bagi elemen ini juga meliputi perkhidmatan sokongan klinikal yang diberikan kepada pesakit.



b. Customer Focus

- i. Indikator yang dibangunkan/ dipilih dalam memantau perkara dan perkhidmatan berkaitan pelanggan yang meliputi kepuasan pelanggan, aduan, masa menunggu dan rekod perubatan.
- ii. Secara amnya ianya adalah berkaitan dengan perkhidmatan yang berpaksikan *patient centeredness* dan *customer satisfaction*.

c. Employee Satisfaction

- i. Indikator yang dibangunkan/ dipilih dalam memantau aspek kepuasan pekerja/ anggota iaitu dari aspek pemberitahuan markah Laporan Nilai Prestasi Tahunan (LNPT) dan pelaksanaan Program Orentasi.
- ii. LNPT merupakan salah satu elemen penting dalam penilaian pencapaian anggota, manakala Program Orentasi adalah salah satu komponen penting dalam mengoptimalkan produktiviti daripada kalangan anggota.

d. Learning and Growth

- i. Indikator yang dibangunkan/ dipilih dalam memantau aspek latihan anggota dalam bidang klinikal dan juga bidang berkaitan secara menyeluruh.
- ii. Ia melibatkan latihan *Basic Life Support* bagi anggota klinikal dan latihan dalam perkhidmatan bagi semua anggota.

e. Financial and Office Management

- i. Indikator yang dibangunkan/ dipilih dalam memantau aspek pengurusan kewangan dan pejabat.
- ii. Ia melibatkan pengurusan kenderaan, pengesahan dalam jawatan, pembayaran bil, pemeriksaan asset dan inventori serta kenaikan pangkat.

f. Environmental Support

- i. Indikator yang dibangunkan/ dipilih dalam memantau aspek pengurusan persekitaran sokongan teknikal dan sokongan persekitaran komuniti.
- ii. Pengurusan persekitaran teknikal adalah berkaitan *hazard*, *uptime* fasiliti serta manakala pengurusan persekitaran



komuniti adalah seperti aktiviti berkaitan Lembaga Pelawat.

6. KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL BAGI PROGRAM PERUBATAN (*Clinical Services Key Performance Indicator For Medical Program*)

6.1 PENGENALAN

- a. KPI Perkhidmatan Klinikal (*Clinical Services Key Performance Indicators*) bagi Program Perubatan adalah merupakan kumpulan indikator yang dibangunkan (dikemaskini / dipinda daripada indikator sedia ada) oleh kumpulan Pakar Klinikal mengikut disiplin kepakaran dan subkepakaran bagi perkhidmatan klinikal Program Perubatan.
- b. Selain dari mematuhi keperluan pengwujudan indikator bagi pemantauan pencapaian perkhidmatan ia juga adalah keperluan dibawah arahan pihak Jabatan Perkhidmatan Awam dan diperingkat Pengurusan Tertinggi diperingkat KKM berasaskan keperluan pelaksanaan transformasi Perkhidmatan Awam dan keputusan peluasan pelaksanaan KPI ke Tier 2 dan ke bawah.
- c. Pembangunannya juga adalah berdasarkan input **WHO-IHM** (World Health Organization - Institute of Health Management USA) dan maklumbalas **Performance Requirement Survey For Clinicians** oleh pakar-pakar klinikal, fokus Clinical Indicator bagi Program Perubatan adalah memberi fokus kepada tiga (3) dimensi iaitu **clinical effectiveness, safety dan patient centeredness**.
- d. Berdasarkan kepada tiga (3) dimensi ini pakar-pakar klinikal mencadangkan dua (2) indikator untuk setiap dimensi bagi setiap disiplin kepakaran dan subkepakaran dengan mengambilkira keperluan indikator bagi perkhidmatan (Jabatan) dan individu.



6.2 KEPERLUAN PELAKSANAAN

Pembangunan Indikator Klinikal (dan pengemaskinian serta pindaan indikator sedia ada dan pembentukan baru indikator) bagi Program Perubatan ini juga adalah merujuk kepada keperluan perkhidmatan seperti berikut;

- a. Persidangan Perkhidmatan Awam ke 13 (2008) **YAB PM** :
 - i. KPI dan Budaya Berprestasi Tinggi adalah suatu keperluan dalam perkhidmatan. .
 - ii. Sektor awam perlu fokus kepada keberhasilan (*outcome*) dan impak daripada perkhidmatan yang disampaikan.
- b. Pembentangan **Belanjawan 2008**
 - i. Prestasi perkhidmatan awam perlu ditingkatkan
 - ii. Pendekatan – budaya berprestasi tinggi
- c. Mesyuarat Mingguan Dengan **Ketua Setiausaha Negara Bil. 31/ 2012** pada 27 November 2012
 - i. Pembangunan dan penilaian KPI berkuatkuasa mulai tahun 2013
- d. Mesyuarat Peluasan Pelaksanaan Petunjuk Prestasi Utama (KPI) PPTPA *Tier 1* Mulai Tahun 2013 - **JPA**
- e. Arahan **Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia**, ruj: KKM87/P3/12/6/6 Jld.2 (40) bertarikh 09 September 2013 berkaitan Penyediaan dan Semakan Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Perkhidmatan Klinikal bagi Program Perubatan.
- f. Minit & Keputusan **Mesyuarat Pelaksanaan Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam (PPTPA) Tier 2 dan ke bawah** Bagi Program Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia – 02 April 2013
- g. Mesyuarat dan Bengkel Semakan dan Pembangunan KPI Tier 2 dan ke bawah bersama 42 Ketua Perkhidmatan Klinikal 19-26 Nov 2013.
- h. Ia juga adalah salah satu keperluan hasil kajian oleh IHSR (*Institute of Health System Research Malaysia*) pada 2009 berkaitan dengan keperluan bagi pelaksanaan indikator.



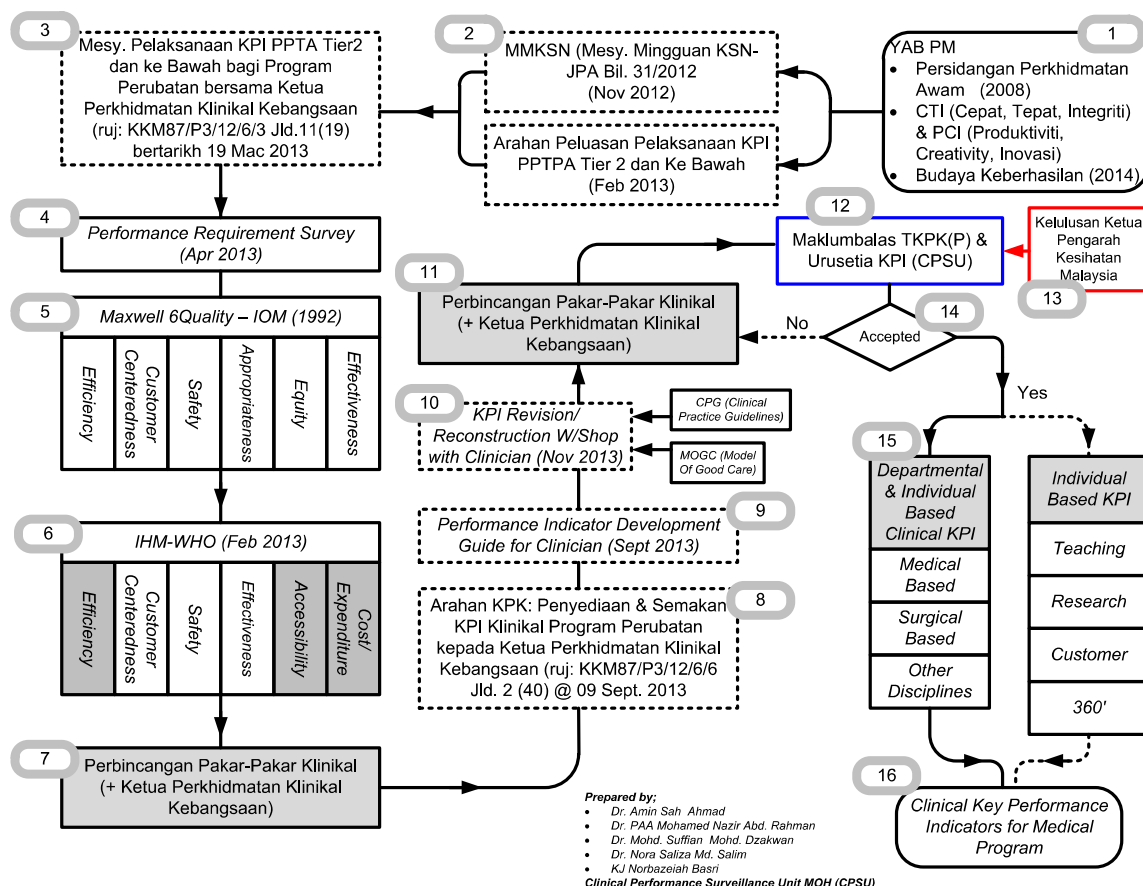
6.3 OBJEKTIF KHUSUS KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL

- a. KPI Klinikal Program Perubatan dibangunkan bagi mendapatkan **penilaian pencapaian Perkhidmatan Klinikal oleh Disiplin Kepakaran dan Sub-kepakaran serta pencapaian Pakar Klinikal** secara objektif melalui pencapaian *performance index*.
- b. Ia adalah bagi memenuhi arahan **Peluasan Pelaksanaan Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam (PPTPA) Tier 2 dan ke bawah**.
- c. Ia juga dibangunkan bagi memenuhi keperluan komponen **akauntabiliti** dalam penilaian pencapaian perkhidmatan kepakaran klinikal.

6.4 SEMAKAN DAN KAJIAN DIMENSI

- a. Berdasarkan keperluan pelaksanaan di perkara 6.2, dan keperluan **Peluasan Pelaksanaan Petunjuk Prestasi Utama (KPI) Penjawat Pengurusan Tertinggi Perkhidmatan Awam (PPTPA) Tier 2 dan ke bawah**, pembangunan KPI Perkhidmatan Klinikal Program Perubatan adalah merujuk kepada pembangunan KPI baru dan pindaan KPI sedia ada yang bersesuaian oleh pakar-pakar klinikal dan Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan.
- b. Berdasarkan dimensi dan elemen sedia ada (Maxwell Quality Dimension – IOM) serta hasil Kajian *Performance Requirement* bersama Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan dan input IHM-WHO, tiga (3) dimensi diberi fokus dalam pembangunan KPI Klinikal Program Perubatan iaitu ***Clinical Effectiveness, Safety dan Patient Centeredness***.

RAJAH 4: PEMBANGUNAN/ SEMAKAN SEMULA KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL PROGRAM PERUBATAN



6.5 PEMBANGUNAN KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL

(merujuk kepada Garispanduan Pembangunan KPI bagi Perkhidmatan Klinikal, Sept. 2013)

Semua disiplin kepakaran dan subkepakaran dikehendaki membangunkan indikator KPI (Petunjuk Prestasi Utama) bagi **Perkhidmatan Klinikal (Clinical Service Performance)**. Perinciannya adalah seperti berikut (rujuk Rajah 4);

- Setiap disiplin klinikal (Disiplin adalah merujuk kepada semua perkhidmatan yang mempunyai Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan) mengikut kepakaran dan sub-kepakaran perlu membangunkan/ menyediakan **enam (6) indikator sahaja** (bagi Disiplin yang mempunyai lebih dari enam indikator, ianya boleh terus dipantau diperingkat Jabatan, tidak lagi dipantau



- diperingkat KKM bermula dengan berkuatkuasanya pelaksanaan pemantauan KPI mengikut Tier ini).
- b. Indikator-indikator akan digunapakai bagi semua Jabatan/ pakar mengikut disiplin berkaitan bagi perkhidmatan dibawah Kementerian Kesihatan.
 - c. Bagi perkhidmatan yang telah mempunyai indikator yang dipantau, indikator sedia ada perlu disemak bagi mematuhi perkara **(d) seperti dibawah.**
 - d. Enam (6) indikator berkenaan;
 1. Tiga (3) indikator adalah bagi indikator am disiplin (*general/ common indicator for discipline*) dan tiga (3) indikator lagi adalah bagi pakar klinikal secara individu.
 2. Pembangunan indikator adalah perlu disesuaikan dengan keperluan pemantauan perkhidmatan diperingkat Jabatan dan Individu.
 - **Indikator diperingkat Jabatan**
 - i. Indikator adalah mencerminkan pencapaian organisasi diperingkat Jabatan disesebuah hospital.
 - ii. Pencapaian indikator juga akan menyumbangkan kepada pencapaian keseluruhan disiplin perkhidmatan, pencapaian hospital dan pencapaian Jabatan Kesihatan Negeri (JKN).
 - iii. Indikator yang dicadangkan adalah indikator umum bagi Jabatan/ Disiplin (***sila rujuk jadual 1 di bawah***).
 - **Indikator Pakar Klinikal Secara Individu**
 - i. Indikator adalah merujuk kepada pencapaian pakar klinikal secara individu.
 - ii. Ia merujuk kepada indikator yang spesifik kepada perkhidmatan yang diberikan oleh pakar klinikal berkenaan.
 - iii. Dimensi adalah merujuk kepada jadual dibawah yang merupakan hasil Mesyuarat bersama Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan pada 2 April 2013 (***sila rujuk jadual 1 di bawah***).
 - e. Pihak Disiplin dikehendaki meneliti aspek indikator seperti format yang dikemukakan terutamanya ***definisi terma, inclusion dan exclusion criteria, standard, definisi numerator*** dan

denominator, kaedah serta kekerapan pengumpulan data.

- f. Bagi *Ketua Perkhidmatan Klinik* Kebangsaan KPI dengan *elemen kepemimpinan klinikal* akan diperkenalkan (akan dimuktamadkan berdasarkan kelulusan pihak Pengurusan Tertinggi KKM dan JPA).
- g. Bagi **Kekananan** Pakar Klinik, wajaran akan dibezakan mengikut Tier (tertakluk kepada pemuktamadan KPI Tier oleh JPA).

Jadual 1: Cadangan Dimensi dan Format Indikator bagi Perkhidmatan Klinikal Program Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia

	No	Medical Based	Surgical Based	Others
Discipline Based/ Departmental Performance ¹	1	Duration of appointment to be seen in Specialist Clinic (Timely Access/ Equity) - 2 weeks	Duration appointment Time for Scheduled Surgery (Timely Access/ Equity) - 3 months	Appointment to be seen in Specialist Clinic/ Procedure (Timely Access/ Equity)
	2	WT to be seen during specialist clinic day (Customer)	Surgical Cancellation Rate (Customer/ Efficiency)	WT to be seen during specialist clinic day (Customer)
	3	Departmental Indicator of Discipline Specific (Effectiveness/ Safety)*(either one)	Departmental Indicator of Discipline Specific (Effectiveness/ Safety)*(either one)	Departmental Indicator of Discipline Specific (Effectiveness/ Safety)*(either one)
Individual Specialist Performance ²	4	Medical Procedure Complication (Safety)	Surgical Procedure Complication (Safety)	Discipline Specific Procedure Complication (Safety)
	5	Individual Indicator of Discipline Specific (Effectiveness)	Individual Indicator of Discipline Specific (Effectiveness)	Individual Indicator of Discipline Specific (Effectiveness)
	6	Individual Indicator of Discipline Specific (Effectiveness/ Safety)*(either one)	Individual Indicator of Discipline Specific (Effectiveness/ Safety)*(either one)	Individual Indicator of Discipline Specific (Effectiveness/ Safety)*(either one)

7. PENGURUSAN DAN KAEDAH PENGUMPULAN DATA PENCAPAIAN PERFORMANCE INDICATOR DI PERINGKAT HOSPITAL

a. Pengumpulan dan Pelaporan Data

1. Data pencapaian indikator HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal yang perlu dilaporkan adalah merujuk kepada data numerator dan data denominator atau data sentinel event bagi indikator berkaitan seperti termaktub di dalam **Spesifikasi Teknikal Indikator HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal**.
2. Kekerapan pengumpulan dan pelaporan data, serta cadangan kaedah perolehan data juga adalah mengikut **Spesifikasi Teknikal Indikator HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal** dimana terdapat kekerapan yang berbeza bagi sesetengah



indikator (iaitu samada bulanan (setiap bulan), tiga (3) bulanan atau enam (6) bulanan) mengikut kebolehpemolehan dan kesesuaian data.

3. Bagi tujuan pengumpulan data yang berkaitan diperingkat Jabatan, Pengarah Hospital/ **Ketua Jabatan/ Ketua Unit** perlu melantik atau menamakan **Penyelaras Indikator** bagi **Unit/ Jabatan** mereka (Pegawai/ Anggota Pengumpul Data).
4. **Penyelaras Indikator** bagi Unit/ Jabatan boleh terdiri dari Pegawai Perubatan/ Penolong Pegawai Perubatan/ Penyelia atau Ketua Jururawat/ Jururawat terlatih dari Jabatan/ Unit masing-masing yang memahami keperluan serta **Spesifikasi Teknikal Indikator** termasuk *inclusion* dan *exclusion* criteria. Sekiranya mempunyai anggota yang mencukupi, sesebuah Unit/ Jabatan juga disaran melantik seorang anggota bagi **setiap indikator**.
5. Bagi pemantauan **kesemua indikator** bagi sesetiap Unit/ Jabatan Pengarah Hospital/ Ketua Jabatan/ Ketua Unit boleh melantik pegawai/ anggota lain sebagai **Penyelaras Kualiti Klinikal** bagi Jabatan/ Unit.
 - a. Bagi indikator HPIA – Pengarah Hospital boleh melantik Penyelaras Kualiti Klinikal Unit/ Jabatan yang terdiri daripada pegawai/ anggota Unit/ Jabatan Pengurusan sejajar dengan indikator tertentu yang dipantau (contoh Pegawai Tadbir/ Penolong Pegawai Tadbir bagi indikator yang melibatkan elemen *financial and office management*).
 - b. Bagi keseluruhan indikator yang berkaitan dengan **elemen pengurusan**, Pengarah Hospital disaran meletakkan tanggungjawab pencapaian setiap indikator berkaitan dibawah **Timbalan Pengarah Hospital (Pengurusan)** dan/ atau **Ketua Unit Pengurusan Hospital** bagi hospital yang tidak mempunyai Timbalan Pengarah Hospital (Pengurusan).
 - c. Bagi indikator dengan **elemen klinikal dan KPI Perkhidmatan Klinikal**, Pengarah Hospital juga disaran



meletakkan tanggungjawab pencapaian setiap indikator berkaitan dibawah **Timbalan Pengarah Hospital (Perubatan)** dan/ atau **Ketua Jabatan Perkhidmatan Klinikal** berkenaa dan/ atau **Pakar Klinikal** manakala bagi atau bagi hospital yang tiada Timbalan Pengarah Hospital (Perubatan) ianya turut disaran diletak dibawah tanggungjawab **Penyelia Hospital** (Penolong Pegawai Perubatan Kanan).

6. Pengarah Hospital/ Ketua Jabatan/ Ketua Unit boleh menamakan anggota **Penyelaras Indikator** yang **sama** sebagai **Penyelaras Kualiti Klinikal** bagi Unit/ Jabatannya, walaubagaimanapun adalah disaran Penyelaras Kualiti Klinikal bagi sesebuah Jabatan/ Unit mempunyai gred jawatan yang lebih tinggi daripada Penyelaras Indikator Jabatan/ Unit.
7. Pemahaman **Penyelaras Indikator/ Penyelaras Kualiti Klinikal Jabatan/ Unit** berkaitan **Spesifikasi Teknikal Indikator** serta semua keperluannya adalah dibawah tanggungjawab Pengarah Hospital/ Ketua Jabatan/ Ketua Unit masing-masing.
8. **Penyelaras Indikator/ Penyelaras Kualiti Klinikal** bagi **Jabatan/ Unit** dan **Pengarah Hospita/ Ketua Jabatan/ Ketua Unit** (di hospital) adalah bertanggungjawab mewujudkan mekanisma pengumpulan dan perolehan data samada melalui **Buku Daftar** atau dengan perolehan data melalui **Sistem Elektronik** atau **Buku Perekodan Maklumat** atau **penggunaan borang** tertentu di peringkat hospital (dan bagi memudahkan pelaporan ke Unit Kualiti Klinikal JKN, Ketua Perkhidmatan di peringkat Negeri dengan kerjasama JKN adalah dicadangkan menyeragamkan kaedah pengumpulan data bagi disiplin perkhidmatan klinikal yang sama untuk hospital-hospital/ jabatan-jabatan dibawah seliaannya).
9. **Mekanisma Perekodan Data** melalui buku daftar/ pendaftaran dalam sistem elektronik/ buku perekodan maklumat/ borang perekodan data yang diwujudkan perlulah memenuhi keperluan



audit (boleh di audit dari aspek **sumber** dan **kesahihan** data). Contoh keperluan maklumat adalah seperti berikut (*tertakluk dengan keperluan kes/ prosedur/ proses).

- a. Maklumat Pesakit/ Maklumat Kes/ Maklumat Proses/ Prosedur.
- b. Data *clock-in* dan data *clock-out* (sekiranya berkaitan).
- c. Nombor Rujukan Pesakit/ Proses/ Prosedur.
- d. Tarikh/ Masa
- e. Nama Jabatan/ Unit
- f. Nama Pegawai/ Anggota/ Gred/ Jawatan yang menjalankan prosedur/ proses.
- g. Semakan verifikasi/ pengesahan bagi Pengumpul Data/ Ketua Jabatan/ Ketua Unit (mengikut kekerapan penghantaran data – bulanan/ 3 bulanan/ 6 bulanan).

10. Bagi indikator yang berkaitan dengan masa menunggu atau masa lengkapnya sesuatu proses, data ***clock in time*** (data masa pengukuran bermulanya sesuatu proses/ aktiviti yang dipantau) dan data ***clock out time*** (data masa pengukuran berakhirnya sesuatu proses/ aktiviti yang dipantau) bagi indikator tertentu **perlu** direkodkan oleh **anggota/pegawai bertugas di sesuatu wad/jabatan/unit** bagi dikemukakan kepada **Penyelaras Indikator Jabatan/ Unit** atau **Penyelaras Kualiti Klinikal Jabatan/ Unit** dan kemudiannya kepada **Penyelaras Kualiti Klinikal Hospital**.

11. Bagi pengurusan penyeliaan dan **koordinasi** pengumpulan data diperingkat Hospital, ianya perlu dilakukan melalui **Unit Kualiti Klinikal Hospital** masing-masing.

12. **Pengarah Kesihatan Negeri, Pengarah Hospital dan Penyelia Jururawat/ Penolong Pegawai Perubatan Kanan (bagi yang berkaitan dengan anggota jururawat/ penolong pegawai perubatan)** adalah bertanggung jawab sepenuhnya ke atas kewujudan dan kefungsi Unit Kualiti Klinikal diperingkat Hospital (manakala bagi Pengarah Kesihatan Negeri adalah juga bertanggungjawab terhadap kefungsi Unit Kualiti Klinikal di JKN) (**rujuk: Surat Arahan Ketua Pengarah Kesihatan**



Malaysia berkaitan Pemantauan Pencapaian Performance Indikator bagi Disiplin Klinikal, KKM87/P3/12/6/11 Jld. 2 (9 bertarikh 05 Julai 2011). Adalah disarankan;

- a. Unit Kualiti Klinikal bagi Hospital/ Jabatan Kesihatan Negeri perlulah diperkukuhkan dengan dipantau oleh Pengarah Hospital/ Pengarah Kesihatan Negeri.
 - b. Unit Kualiti Klinikal JKN/ Hospital perlulah diketuai oleh **Ketua Penyelaras Kualiti Klinikal JKN/ Ketua Penyelaras Kualiti Klinikal Hospital.**
 - c. **Bagi Hospital Negeri/ Berpakar**
 - i. Ianya disaran diselia oleh Pakar Klinikal/ Pegawai Perubatan (kanan)
 - ii. Dikendali oleh Pegawai Perubatan
 - iii. Dibantu oleh Penolong Pegawai Perubatan Kanan/ Penolong Pegawai Perubatan dan/ atau Ketua Jururawat/ Jururawat Terlatih/ Pegawai dan/ atau Pegawai/ Penolong Pegawai Rekod Perubatan/ Pembantu Tadbir Rekod Perubatan.
 - d. **Bagi Hospital Tanpa Pakar**
 - i. Ia disaran diselia oleh Pegawai Perubatan Kanan/ Pengarah Hospital
 - ii. Dikendali Penolong Pegawai Perubatan Kanan/ Ketua Jururawat/ Pegawai/ Penolong Pegawai Rekod Perubatan.
 - iii. Dibantu oleh Penolong Pegawai Perubatan/ dan Jururawat Terlatih dan/ atau Pegawai/ Penolong Pegawai Rekod Perubatan/ Pembantu Tadbir Rekod Perubatan.
13. Penyelaras Indikator perlulah menghantar data pencapaian kepada Penyelaras Kualiti Klinikal Jabatan/ Unit **pada tempoh yang ditetapkan** oleh Jabatan/ Unit berkaitan.
14. Penyelaras Kualiti Klinikal Jabatan/ Unit kemudiannya perlulah mendapatkan pengesahan/ verifikasi Ketua Jabatan/ Ketua Unit **sebelum 5 haribulan bulan** pada bulan **berikutnya** untuk penghantaran data pencapaian bagi semua indikator yang berkaitan dengan Jabatan/ Unitnya kepada **Unit Kualiti**



Klinikal Hospital.

- a. Data dengan kekerapan bulanan – setiap 5 haribulan bulan berikutnya.
- b. Data dengan kekerapan tiga (3) bulanan – setiap 5 haribulan pada bulan yang ke empat (4)
- c. Data dengan kekerapan enam (6) bulanan – setiap 5 haribulan pada bulan ke tujuh (7) (contoh: Data Jan hingga Jun pada 5 haribulan Julai pada tahun yang sama dan Data Julai hingga Disember pada 5 haribulan Januari pada tahun berikutnya).
- d. *Bagi data dengan penilaian **tahunan (12 bulanan)**, sekiranya tidak melibatkan sebarang kekangan atau masalah pengumpulan atau interpretasi data, ianya disaran **dinilai pada setiap enam (6) bulanan**, bagi tujuan semakan pencapaian setengah tahun - amya ianya perlu dikemukakan pada 5 haribulan Januari pada tahun berikutnya (ke Unit Kualiti Klinikal Hospital).

15. Peratus atau jumlah kutipan data

- a. Bagi **hospital dengan HIS (Hospital Information System)** atau dengan kemudahan **IT (Information Technology)** yang lain dengan tiada kekangan kutipan data (iaitu data boleh diekstrak/ dicerap melalui sistem computer dengan mudah), adalah dicadangkan **semua data (100%)** khasnya data berkaitan dengan masa (iaitu waiting time atau appointment time) diambil untuk dianalisa.
- b. Bagi hospital yang **tidak mempunyai HIS** atau kemudahan IT yang lain, adalah dicadangkan **25% data diambil dengan kaedah persampelan** untuk dianalisa – jumlah 25% ini disaran dirujuk berdasarkan pencapaian sebelum ini (bulan atau penggal sebelumnya).

16. Penyelaras Kualiti Klinikal Unit/ Jabatan adalah bertanggungjawab terhadap kesahihan data yang dikemukakan kepada Penyelaras Kualiti Klinikal Hospital.



17. **Penyelaras Kualiti Klinikal Hospital** pula adalah bertanggungjawab memastikan **Pengarah Hospital/ Timbalan Pengarah Hospital juga adalah** telah membuat **semakan dan pengesahan data** sebelum dikemukakan kepada Unit Kualiti Klinikal, Jabatan Kesihatan Negeri.
18. Pelaporan pencapaian indikator dengan menggunakan **Borang Performance Verification Form** (PVF) pada setiap bulan (bagi data bulanan) adalah secara **pilihan (optional)**. Ianya tertakluk kepada arahan dan keperluan oleh JKN (PVF perlu diguna untuk tujuan audit dua kali setahun).
19. Bagi pelaporan pencapaian bulanan, data boleh dilaporkan dengan menggunakan **mekanisma (borang/ kaedah) yang diwujudkan** oleh Penyelaras Kualiti Klinikal Unit/ Jabatan/ Hospital/ Penyelaras Kualiti Klinikal JKN – (bagi **keseragaman** Unit Kualiti Klinikal JKN disaran membantu penyelarasan perkara ini dan disaran semua pelaporan adalah perlu mempunyai mekanisma pengesahan oleh Pengarah Hospital/ Ketua Jabatan/ Ketua Unit).

8. PENGISIAN DAN PELAPORAN MATRIKS

1. Pengisian data *numerator* dan *denominator* ke dalam Matriks Pelaporan Pencapaian *Performance Indicator* adalah tanggungjawab **Unit Kualiti Klinikal** sesebuah Hospital.
2. Unit Kualiti Klinikal Hospital disarankan mengemukakan Matriks yang telah lengkap kepada Unit Kualiti Klinikal JKN **sebelum atau pada 10 haribulan pada bulan berkaitan** (Walaupun bagaimanapun, **kekerapan penghantaran data dari Unit Kualiti Klinikal Hospital ke Unit Kualiti Klinikal JKN juga adalah tertakluk dengan ARAHAN DAN KEPERLUAN JKN** – sebaiknya semua data yang berkaitan dihantar **tidak lewat dari tempoh 14 hari termasuk hari cuti**).
 - a. Data dengan kekerapan bulanan – setiap 10 haribulan bulan berikutnya (maklumat bagi data 3 bulanan dan 6 bulanan di dalam Matriks dibiarkan kosong).
 - b. Data dengan kekerapan tiga (3) bulanan – setiap 10



- haribulan pada bulan yang ke empat (4) (maklumat bagi data 6 bulanan di dalam Matriks dibiarkan kosong).
- c. Data dengan kekerapan enam (6) bulanan – setiap 10 haribulan pada bulan ke tujuh (7) (contoh: Data Jan hingga Jun pada 10 haribulan Julai pada tahun yang sama dan Data Julai hingga Disember pada 10 haribulan Januari pada tahun berikutnya).
 - d. Data dengan kekerapan tahunan (12 bulanan) - setiap 10 haribulan Januari pada tahun berikutnya - **keperluan penghantaran data tahunan secara enam (6) bulanan** dari Unit Kualiti Klinikal Hospital ke Unit Kualiti Klinikal JKN bagi semakan pencapaian setengah tahun adalah **tertakluk** dengan keperluan dan arahan semasa pihak JKN.
3. Data yang diterima oleh Unit Kualiti Klinikal JKN perlu disemak dan sebarang data yang **isu kesahihan dan SIQ (*shortfall in quality*)** perlulah rujuk semula kepada Unit Kualiti Klinikal Hospital.
- 9. PENGURUSAN DAN KAEDAH PENGUMPULAN DATA PENCAPAIAN PERFORMANCE INDICATOR DI DIPERINGKAT JKN/ HKL**
1. Unit Kualiti Klinikal JKN bertanggungjawab membuat **kompilasi data** semua Hospital di bawah seliaan JKN ke dalam Matriks Pelaporan Performance Indikator JKN.
 2. Data-data pencapaian yang telah disemak dan disahkan perlulah dikemukakan dengan menggunakan Matriks oleh Unit Kualiti Klinikal JKN kepada Urusetia di **Unit Survelan Pencapaian Klinikal Program Perubatan**, Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia pada **kekerapan setiap 6 bulan** mengikut penggal.
 - a. **Penggal I** (Jan - Jun) sebelum **31 haribulan Julai**.
 - b. **Penggal II** (Julai - Dis) sebelum **31 haribulan Januari** tahun berikutnya.
 3. Adalah disarankan pencapaian enam (6) bulanan berkenaan dan tindakan penambahbaikan SIQ dibentang **kepada**



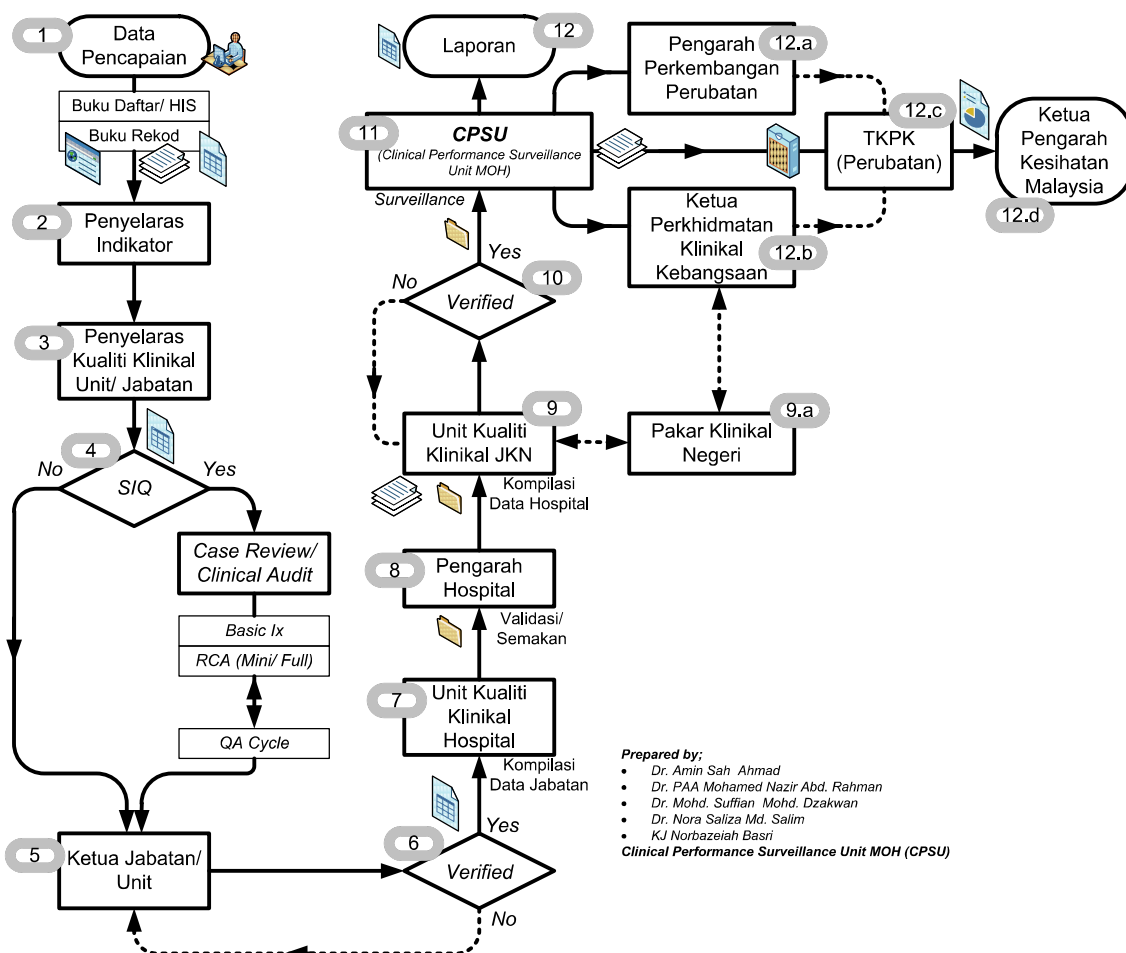
Pengarah Kesihatan Negeri dan/ atau Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan) dan bagi pengwujudan dan pemantauan tindakan langkah penambahbaikan yang lebih berkesan **Pembentangan Pencapaian setiap tiga (3) bulan** kepada Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan)/ Ketua Penyelaras Kualiti Klinikal JKN adalah disarankan.

10. SHORTFALL IN QUALITY (SIQ)

1. SIQ akan berlaku apabila indikator tidak mencapai *standard* melalui nilai numerator berbanding denominatornya atau wujudnya nilai terhadap indikator *sentinel*.
2. Penyelaras Indikator bertanggungjawab **memaklumkan** Penyelaras Kualiti Klinikal Unit/ Jabatan sekiranya berlaku SIQ.
3. Setelah semakan dan kesahihan SIQ dikenalpasti, Penyelaras Kualiti Klinikal Unit/ Jabatan perlu memaklumpkannya kepada Ketua Jabatan/ Unit.
4. Ketua Jabatan/ Ketua Unit atau Penyelaras Kualiti Klinikal Jabatan/ Unit adalah bertanggung jawab membuat **notifikasi SIQ dengan borang SIQ NIA/KPI-4 dalam tempoh 10 hari (laporan awal)** kepada Unit Kualiti Klinikal Hospital. Ketua Jabatan/ Ketua Unit atau Penyelaras Kualiti Klinikal / Jabatan kemudiannya perlulah memulakan semakan atau analisa SIQ melauai kajian **Root Cause Analysis** (samada **Basic Investigation** atau **Mini** atau **Full RCA**).
5. **Setiap SIQ** yang telah dikenalpasti dan laporan/ pernyataan SIQ (penambahbaikan) telah disediakan oleh Ketua Jabatan/ Ketua Unit, ianya perlulah dikemukakan kepada pihak Unit Kualiti Klinikal JKN. Unit Kualiti Klinikal JKN kemudiannya perlu mengemukakan laporan berkenaan berserta dengan **Laporan Data Pencapaian (mengikut Penggal)** kepada Urusetia di Unit Survelan Pencapaian Klinikal, Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan pada tempoh tidak lewat 30 hari dari tarikh berakhirnya penggal pemantauan pencapaian (sama dengan tempoh pelaporan

pencapaian perkhidmatan – Penggal I sebelum 31 Julai dan Penggal II sebelum 31 Januari) – Rujuk Polisi Pemantauan Indikator: Garis Panduan Penggunaan Matrix NIA/KPI 2011.

RAJAH 5: PENGURUSAN DATA PENCAPAIAN PERFORMANCE INDICATOR DI PERINGKAT HOSPITAL



11. PERFORMANCE AUDIT

1. Mekanisma dan keperluan pematuhan Audit adalah merujuk kepada Surat **Arahan Pelaksanaan Aktiviti Audit bagi Pemantauan Pencapaian Indikator Program Perubatan oleh Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia**, rujukan



KKM87/P3/12/6/6 (51) bertarikh 23 April 2013 dan Polisi Pelaksanaan Audit Performance Indikator Program Perubatan 2013 (Rujuk Rajah 6).

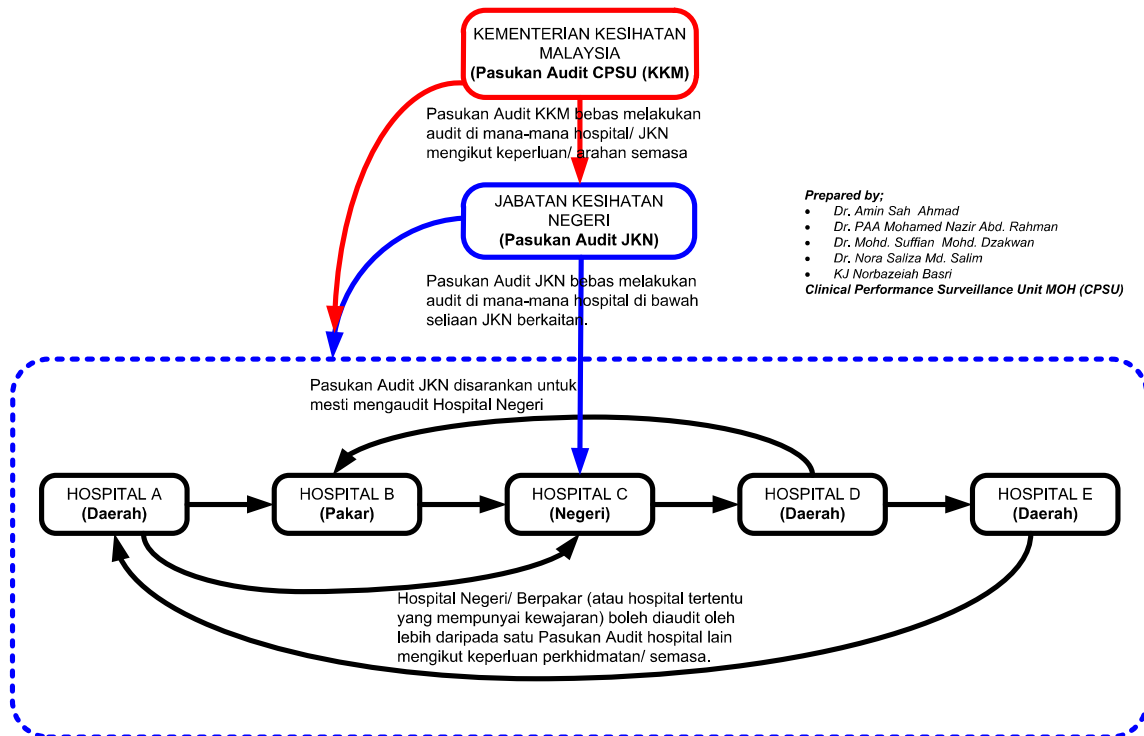
2. Pengisian/ Penggunaan Borang **Performance Verification Form** adalah bagi tujuan Audit.
3. Pengisian PVF bagi tujuan audit disaran dilakukan pada **setiap 3 (tiga) bulan** bagi pencapaian sesuatu indikator dengan **penjumlahan data secara kumulatif** untuk tempoh berkenaan.
4. Adalah disarankan pengauditan indikator HPIA dan indikator KPI Perkhidmatan Klinikal dilakukan sekurang-kurangnya **dua kali setahun**. Pengauditan indikator HPIA boleh dilakukan bersama-sama pengauditan perkhidmatan klinikal program perubatan (serentak dalam satu aktiviti audit).
5. Pengauditan merangkumi **verifikasi data** dan pengauditan **sumber data**.
6. **SEMUA** indikator HPIA disaran diaudit semasa proses pengauditan dijalankan.
7. **Audit Dalaman** boleh dilakukan oleh Juruaudit Hospital berkenaan yang perlantikannya telah diluluskan oleh pihak Kementerian Kesihatan (**telah menerima Sijil Lantikan Juruaudit**). Walaubagaimanapun pihak Hospital boleh menamakan **Juruaudit Dalaman tambahan** sekiranya terdapat keperluan berdasarkan arahan dan justifikasi semasa oleh **Pengarah Hospital** berkaitan.
8. **Audit Luaran** akan dijalankan dengan penyeliaan atur oleh JKN (meliputi keperluan **Fasa Perancangan, Fasa Pre-Audit, Fasa Audit dan Fasa Post Audit**).
9. **Auditee** (yang di Audit) bagi Jabatan/ Unit adalah Penyelaras Indikator dan Penyelaras Kualiti Klinikal Jabatan/ Unit atau



Pegawai yang **menjalankan/ membantu menjalankan perkhidmatan** termasuk Pakar Klinikal/ Pegawai Perubatan/ Pegawai Sains/ Penolong Pegawai Perubatan/ Penyelia atau Ketua Jururawat atau Jururawat Terlatih atau mereka yang dinamakan secara langsung oleh Ketua Unit/ Ketua Jabatan sebagai yang bertanggungjawab sebagai Auditee.

10. Penggunaan Borang-Borang Audit iaitu, **Performance Verification Form (PVF)**, **Performance Audit Form (PAF)** dan **Performance Audit Report (PAR)** adalah merujuk kepada Polisi Pelaksanaan Audit (seperti perkara H.1).
 - a. **PVF** : disaran **diISI** oleh Penyelaras Kualiti Klinikal Unit/ Jabatan dan dikemukakan kepada Penyelaras Kualiti Klinikal Hospital setiap 3 bulan (data kumulatif pencapaian) bagi tujuan kegunaan Audit.
 - b. **PAF** : **diISI** oleh Juruaudit Hospital/ JKN semasa melakukan Audit dan dikemukakan **dalam tempoh 3 hari bekerja** selepas audit (sekiranya tidak patuh, **re-Audit** (oleh Juruaudit Dalaman/ Juruaudit Hospital berkenaan/ mana-mana Juruaudit Hospital lain yang diarahkan oleh JKN) perlu dilakukan **dalam masa 10 hari bekerja** dari tarikh Audit pertama dengan memenuhi keperluan borang PAF dimuka surat ke dua.
 - c. **PAR** : Perlu dilengkapkan oleh **Ketua Juruaudit** yang mengetuai pasukan audit di Hospital berkaitan sebaik sahaja proses audit selesai dan dikemukakan kepada **Unit Kualiti Klinikal JKN dalam tempoh 3 hari** setelah aktiviti audit selesai.
11. **Unit Kualiti Klinikal JKN**, perlu mengemukakan ringkasan Laporan Audit dari semua hospital dibawah seliaannya dan sesalinan PAR kepada Urusetia di **Unit Survelan Pencapaian Klinikal**, Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan **tidak lewat dari 30 hari** setelah penggal pemantauan berakhir iaitu pencapaian Penggal I (Januari hingga Jun) **sebelum 31 Julai** atau pencapaian Penggal II (Julai hingga Disember) **sebelum 31 Januari** tahun berikutnya.

RAJAH 6: PELAKSANAAN AKTIVITI AUDIT BAGI PERFORMANCE INDICATOR



12. PENILAIAN PENCAPAIAN PERKHIDMATAN

a. Format Penilaian: *Performance Index*

1. Penilaian pencapaian perkhidmatan klinikal adalah berasaskan *performance index*.
2. *Performance Index* bermaksud **nisbah nilai pencapaian terhadap *standard* sasaran**.
3. Semakin tinggi nilai pencapaian maka semakin tinggi nilai performance index (Rujuk Jadual 2).

b. Format Pengiraan Keseluruhan Pencapaian

1. Pengiraan keseluruhan pencapaian perkhidmatan adalah merujuk kepada **nilai performance index yang dipuratakan terhadap jumlah indikator yang dilaporkan/ perlu**



dilaporkan.

2. Bagi mewujudkan **nilai pencapaian indeks sebenar (*true/overall performance index*)** (yang dikira mengikut pencapaian Unit/ Jabatan/ Hospital/ JKN/ KKM), nilai ini akan gabungan bersama nilai-nilai lain seperti ***SIQ Index***, ***Workload Index*** dan nilai-nilai lain yang boleh dikira yang mempengaruhi pencapaian perkhidmatan di sesebuah unit/ jabatan hospital/ institusi/ JKN.
3. Gabungan nilai ini adalah bersifat dinamik dan bolehubah berdasarkan keperluan perkhidmatan.

c. Format Anugerah Bintang (Star Rating)

1. Penganugerahan bintang (Star Rating) berasaskan pencapaian *performance index (overall/ true)* adalah suatu penilaian yang dinamik.
2. Jumlah bintang adalah tertakluk kepada **julat semasa pencapaian** berdasarkan hasil gabungan nilai performance index dan nilai-nilai semasa yang diputuskan (seperti nilai *S/Q index* dan nilai *workload index*).
3. Julat perolehan bintang juga merujuk kepada pola (trend) pencapaian keseluruhan perkhidmatan berkaitan yang dilaporkan.

JADUAL 2: KAEDAH PENGIRAAN INDEK PENCAPAIAN

Indek Pencapaian <i>(Performance Index)</i>		=	Pencapaian Sasaran OT
Nilai Indek Pencapaian	Cerapan		
<1	Below Target (BT)		
= 1	On Target (OT)		
>1	Exceed Target (ET)		

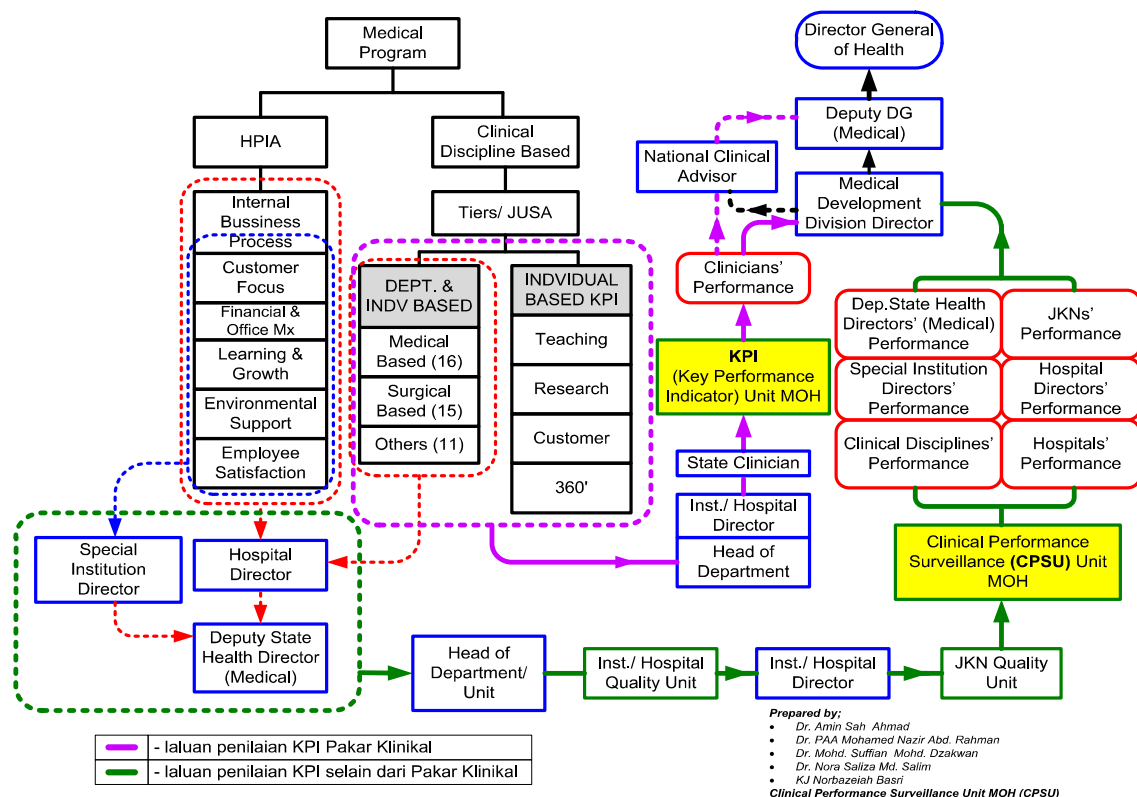
Pencapaian	Pengiraan Indek Pencapaian	Cerapan
73%	$\frac{73\%}{85\%} = 0.85$	Below Target 0.85 = <1
85%	$\frac{85\%}{85\%} = 1.00$	On Target 1.00 = 1
94%	$\frac{94\%}{85\%} = 1.11$	Exceed Target 1.11 = >1

13. PELAPORAN PENILAIAN PENCAPAIAN

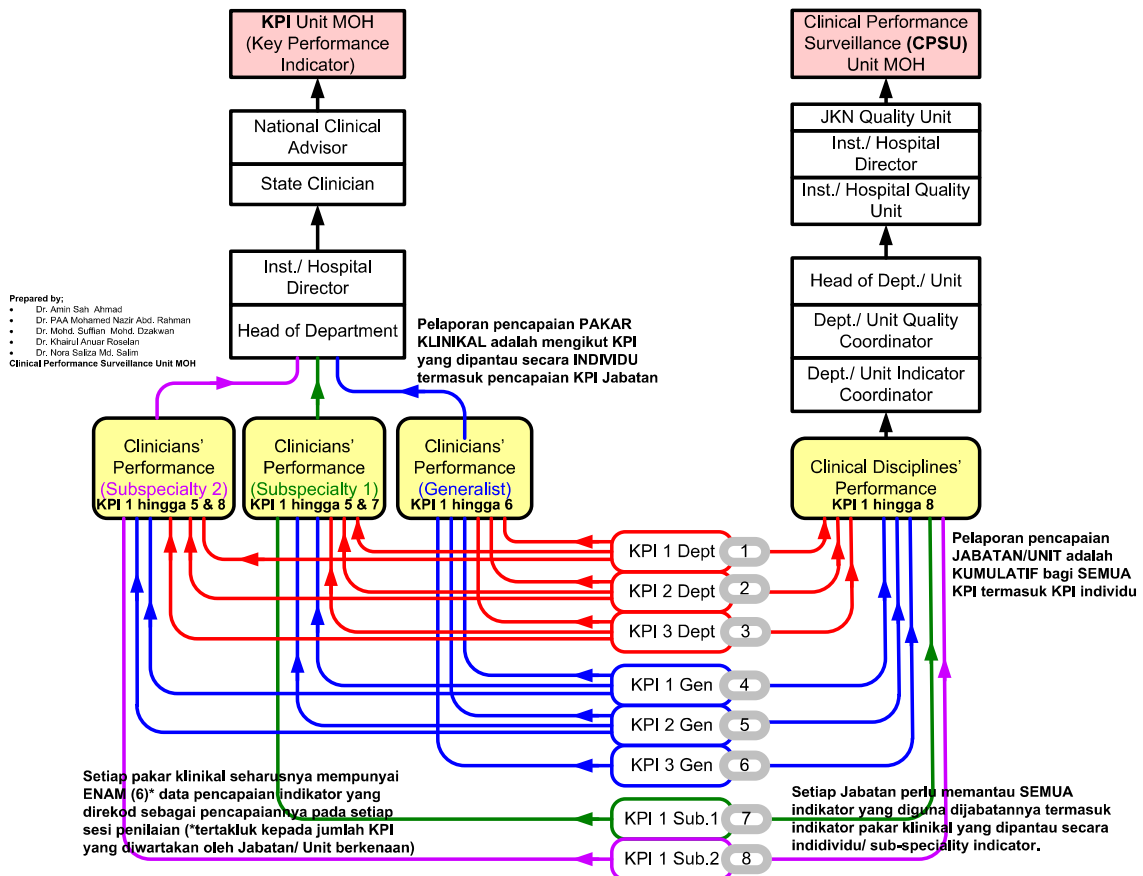
- a. Penilaian pencapaian bagi HPIA dan KPI Perkhidmatan Klinikal Program Perubatan bagi senarai yang berikut akan dilakukan secara tahunan oleh Unit Survelan Pencapaian Klinikal Program Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia (Sila rujuk Rajah 7).
 - i. Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Perubatan)
 - ii. Jabatan Kesihatan Negeri (Perubatan)
 - iii. Pengarah Hospital/ Institusi
 - iv. Hospital KKM
 - v. Perkhidmatan Klinikal
- b. Bagi pelaporan pencapaian perkhidmatan pakar klinikal ianya adalah merujuk kepada rajah 8.
 - i. Setiap pakar klinikal perlulah menyimpan data dan rekod

- pencapaian masing-masing dan melaporkan kepada Ketua Jabatan untuk pengesahan dan seterusnya kepada Pengarah Hospital/ Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan (mekanisme akan ditentukan).
- ii. Data pencapaian berkaitan komponen *teaching, research, customer satisfaction* dan *360⁰ evaluation* juga perlu direkod dan dilaporkan.
 - iii. Ketua Jabatan/ Pengarah Hospital adalah bertanggungjawab bagi verifikasi pencapaian Pakar Klinikal dibawah seliaannya.

RAJAH 7: JENIS DAN KAEDAH PELAPORAN PENILAIAN PENCAPAIAN PERKHIDMATAN



RAJAH 8: KAEDAH PELAPORAN PENCAPAIAN KPI PERKHIDMATAN KLINIKAL BAGI PAKAR KLINIKAL SECARA INDIVIDU DAN SECARA JABATAN (*DEPARTMENTAL*)



14. URUSETIA

Sebarang pertanyaan atau keterangan lanjut berkaitan dengan sepsifikasi teknikal KPI, pihak YBhg. Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan bolehlah menghubungi **Ketua Pakar Klinikal Negeri/ Ketua Perkhidmatan Klinikal Kebangsaan** manakala bagi pertanyaan berkaitan keperluan pemantauan pihak YBhg. Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan bolehlah menghubungi;

Unit Survelan Pencapaian Klinikal,
Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan,
Bahagian Perkembangan Perubatan
Aras 4, Blok E1, Parcel E, Persint1
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan



62590 Putrajaya

Tel: 03-88831180

Faksimili: 03-8883 1176

- Dr. Amin Sah bin Ahmad (03-8883 1181)
(amin_sah@moh.gov.my)
- Dr. PAA Mohamed Nazir bin Abdul Rahman (03-8883 1201)
(nazirpaa@moh.gov.my)
- Dr. Mohd. Suffian bin Mohd. Dzakwan (03-8883 1200)
(msuffian.md@moh.gov.my)
- Dr. Nora Saliza binti Md. Salim (03-8883 1214)
(drnorasaliza@moh.gov.my)
- KJ Norbazeiah binti Basri (03-8883 1243)
(norbazeiah@moh.gov.my)
- Pn. Laili Aswanni binti Harun (03-8883 1243)
(lailiaswanni@moh.gov.my)

Disediakan oleh:

1. **Dr. Amin Sah bin Ahmad**
Pakar Perubatan Kesihatan Awam & Ketua Unit
2. **Dr. Mohd. Suffian bin Mohd. Dzakwan**
Ketua Penolong Pengarah Kanan
3. **Dr. Dr. Nora Saliza binti Md. Salim**
Penolong Pengarah Kanan
Unit Survelan Pencapaian Klinikal
Cawangan Kualiti Penjagaan Perubatan
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
April 2014