**ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2560 - 2563 (2020)**

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

1. ทิศทางและแผนยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ 2560 - 2563 (2020)
	1. **วิสัยทัศน์ (Vision)**

***“ภายในปี 2020 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม***”

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

* 1. **พันธกิจ (Mission)**
1. บริการด้านสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและความเชี่ยวชาญระดับสูงให้เป็นแม่ข่ายเขตสุขภาพ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ
4. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข
	1. **สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)**
5. *มีสมรรถนะในด้านบริการระดับตติยภูมิครอบคลุมทุกสาขา และความเชี่ยวชาญระดับสูง*5*สาขาได้แก่ สาขาอุบัติเหตุ สาขามะเร็ง สาขาหัวใจ สาขาทารกแรกเกิดและ*สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ *เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพที่ 7*
6. *มีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงกับระดับตติยภูมิ*ในเครือข่ายบริการ
7. *มีสมรรถนะด้านการศึกษาวิจัย การเรียนรู้ สร้างนวัตกรรม ทางด้านสาธารณสุข และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ แก่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข*และประชาชน
8. *มีสมรรถนะด้านการเรียนการสอนแพทยศาสตรศึกษา ร่วมผลิตและพัฒนาทั้งแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขา*
	1. **อัตลักษณ์ หรือ ค่านิยมองค์กร (Core value)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ค่านิยม (Core value)กระทรวงสาธารณสุข*“MOPH”*** | **Mastery** | **Originality** | **Peoplecentered pproach** | **Humility** |
| เป็นนายตัวเอง | เร่งสร้างสิ่งใหม่ | ใส่ใจประชาชน | ถ่อมตนอ่อนน้อม |

|  |
| --- |
|  **ค่านิยม (Core value) โรงพยาบาลขอนแก่น*“บริการดี สามัคคี ซื่อสัตย์”*** |
| **คำ** | **ความหมาย** |
| **บริการดี** | หมายถึง การให้บริการภายใต้จิตสำนึก 1. ด้านพฤติกรรมบริการ :ดูแลผู้ป่วยดุจญาติพี่น้องใช้วาจาไพเราะ ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
2. ด้านมาตรฐานวิชาชีพ : ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียน ให้บริการแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย
 |
| **สามัคคี** | หมายถึง ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยความรักและสามัคคีนำความรู้ ทักษะ และความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการ โดยอยู่บนพื้นฐานของเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เดียวกันในการปฏิบัติงานมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และมีความรับผิดชอบร่วมกัน |
| **ซื่อสัตย์** | หมายถึง ซื่อสัตย์ต่อการงาน  และซื่อสัตย์ต่อหน้าที่  1. ซื่อสัตย์ต่อการงาน  หมายถึง ตรงต่อเวลา ปฏิบัติงานตามเวลาราชการที่กำหนด ทำงานด้วยความตั้งใจจริง  มุ่งให้งานสำเร็จเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมและรักษาผลประโยชน์ทางราชการ มีความสุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้
2. ซื่อสัตย์ต่อหน้าที่  หมายถึง  รู้บทบาทหน้าที่ของตนตามวิชาชีพและในงานที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมาย  และทำตามหน้าที่ให้ดีที่สุด  ต้องเอาใจใส่หน้าที่จนงานสำเร็จเกิดผลดี ไม่ละทิ้งภาระหน้าที่กลางคัน หรือทิ้งภาระให้คนอื่น
 |

* 1. **ความท้าทายเชิงกลยุทธ์**
1. การยกระดับศักยภาพของศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงและตติยภูมิขั้นสูงทุกสาขาให้เข็มแข็งมีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถรองรับผู้ป่วยของเครือข่ายในเขตสุขภาพ
2. การสร้างความเข็มแข็งให้โรงพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะ Node เพื่อให้ส่งต่อผู้ป่วยได้เหมาะสม การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงทุกระดับอย่างไร้รอยต่อ
3. เสริมสร้างพลังให้หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนให้เข็มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้ สามารถดูแลประชาชนได้ทุกกลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพ
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล และมีประสิทธิภาพ
5. การจัดการทรัพยากรขั้นพื้นฐานขององค์กรให้เข็มแข็ง บุคลากรมีศักยภาพ เครื่องมือเพียงพอพร้องใช้ วางแผนและบริหารอัตรากำลังให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
	1. **ประเด็นยุทธศาสตร์**
6. Prevention & Promotion Excellence (PPE) “สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ”(Empowerment of Primary Care)
7. Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึ่งของเขตสุขภาพ”(Service Excellence Care Upgrading to Better Service)
8. People Excellence (PE) “คนเก่ง ดี มีความสุข” (People Excellence)
9. Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล”(Governance Excellence)



1. แผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดปี 2561
	1. **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 Prevention & Promotion Excellence (PPE) “สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ” (Empowerment of Primary Care)**

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

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

| **ลำดับ** | **รหัส/ชื่อตัวชี้วัด** | **ฐานข้อมูล** | **เป้าหมาย (Target)** | **น้ำหนัก** | **ผู้รับผิดชอบหลัก** | **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | **สอดคล้องมาตรฐาน** | **ระดับ****KPI** | **ความถี่รายงาน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **KPI** | **Baseline** | **ปี 60** | **ปี 61** | **ปี 62** | **ปี 63** | **weight** | **Owner** | **Stakeholder** | **HA** |  |  |
| 5 | ร้อยละการส่งต่อออกนอก รพ.ขอนแก่น (Refer out) ไป รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง | NA | 10% | 7.5% | 5% | <5% | 3 | ศูนย์ส่งต่อ | -กก. Service plan รพ.ขก-องค์กรแพทย์-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-กลุ่มงานทางคลินิก-Service plan ทุกสาขา-CSOเขต/จังหวัด-พรส.-ก.นโยบายและยุทธศาสตร์-ก.สารสนเทศทางการแพทย์-ก.เทคโนโลยีสารสนเทศฯ | IV-6 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| 6 | ร้อยละของผู้ป่วยRefer in ที่ไม่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 7 | 21.97% | 17.5% | 15% | 10% | <10% | 3 | IV-6  | 2o,3o | **รายเดือน** |
| 7 | ระยะเวลารอคอย7(1) ระยะเวลารอคอย OPD ลดลง | 181 นาที | <170 | <165 | <160 | <155 | 3 | PST OPD | -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-Q&S-องค์กรแพทย์-ก.เทคนิคการแพทย์-ก.พยาธิวิทยาฯ-ก.รังสีวิทยา-ก.สารสนเทศทางการแพทย์-ประชาสัมพันธ์ | IV-5 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| 7(2) ร้อยละผู้ป่วย ER ที่ไม่ได้รับบริการภายในเวลาที่กำหนด (ทุกกลุ่ม) |  |  |  |  |  | 3 | PST ER | -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-Q&S-องค์กรแพทย์-ก.เทคนิคการแพทย์-ก.รังสีวิทยา | IV-5 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| * ผู้ป่วย KESI 1 ที่เกิน 60 นาที
 | 26.41% | <20% | <20% | <20% | <20% |
| * ผู้ป่วย KESI 2 ที่เกิน 180 นาที
 | 19.38% | <20% | <20% | <20% | <20% |
| * ผู้ป่วย KESI 3,4 และ 5 (เฉลี่ย) ที่เกิน 240 นาที
 | 7.89% | <10% | <10% | <10% | <10% |
| 7(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Door to OR) (โรคที่กำหนด)  | 51.35% | 80% | 80% | 80% | 80% | 3 | OR | -วิสัญญี-ER-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-Q&S-องค์กรแพทย์-ก.เทคนิคการแพทย์-ก.รังสีวิทยา-กก.ห้องผ่าตัด | IV-5 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| * Appendectmy (ICD 470) ภายใน 12 ชั่วโมง
 | 56.15% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| * Stroke (I60-I698) ภายใน 8ชั่วโมง
 |  NA | 80% | 80% | 80% | 80% |
| * STEMI (I210-I213) door to balloon ภายใน 90 นาที
 | 77.56% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| * Head injury (S060- S0691) ภายใน 4 ชั่วโมง
 | 64% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 8 | ร้อยละของผู้ป่วยที่นอนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (WTLOS) | 22.27% | <20% | <18% | <16% | <14% | 2 | กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล | -องค์กรแพทย์-PCT-พรส/ก.สารสนเทศทางการแพทย์-กก.พัฒนาห้องพิเศษ | IV-5 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| 9 | 9(1) อัตราครองเตียง | 115.87% | <112 | <110 | <105 | <100 | 2 | IV-5 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
|  | 9(2) อัตราครองเตียงห้องพิเศษ | STD.=78.78%+รังสี=72.19% | >95% | >95% | >95% | >95% | 1.5 | IV-4 | 3o**/**Exc |
| 10 | ค่า CMI | 1.99 | 2.00 | 2.02 | 2.04 | >2.05 | 3 | พรส./ ก.สารสนเทศทางการแพทย์ | -องค์กรแพทย์-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-ศูนย์ส่งต่อ-PCT-กก.Service plan -CSOเขต/จังหวัด-ก.นโยบายและยุทธศาสตร์-ก.เทคโนโลยีสารสนเทศฯ | IV-6 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| 11 | ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน11(1) ผู้ป่วยนอก | 82.60% | 87% | 89% | 90% | >90% | 2 | พรส./ก.สารสนเทศทางการแพทย์ | -กก.พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน-PST OPD/ ER -PCT-Auditor/Coder-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-ก.ประกันสุขภาพ | IV-5 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| 11 (2) ผู้ป่วยใน | 81.56% | 85% | 90% | 95% | >95% | 3 |
| 12 | อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการ12 (1) ผู้ป่วยนอก | 86.97% | 89% | 90% | 91% | 92% | 3 | Q&S | -กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-PST OPD/ ER-PCT-ก.สารสนเทศทางการแพทย์-ก.บริหารทั่วไป-ก.ประกันสุขภาพ-ฝ่ายประชาสัมพันธ์ | IV-2 | 3o**/**Exc | **รายเดือน** |
| 12 (2) ผู้ป่วยใน | 90.1% | 89% | 90% | 91% | 92% | 3 |
| 13 | ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ (5 Excellence) ตาม เป้าหมายที่กำหนด |  |  |  |  |  |  | กก. Service plan รพ.ขก | ก.นโยบายและยุทธศาสตร์-องค์กรแพทย์-กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล-ศูนย์ส่งต่อ-กลุ่มงานทางคลินิก-Excellence center/Service plan-CSOเขต/จังหวัด-พรส.-ก.สารสนเทศทางการแพทย์ | IV-6 | Exc | **รายปี** |
| 13 (1) สาขาหัวใจ | ระดับ 1 72.06% | 80% | 80% | 85% | 90% | 3 |
| 13 (2) สาขาอุบัติเหตุ | ระดับ1+77.97% | 80% | 80% | 85% | 90% | 3 |
| 13 (3) สาขามะเร็ง | ระดับ 1 50.00% | 80% | 80% | 85% | 90% | 3 |
| 13 (4) สาขาทารกแรกเกิด | ระดับ 1 85.19% | 85% | 85% | 88%  | 90% | 3 |
| 13 (5) สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ | ระดับ 2 86.84% | 88% | 88% | 90% | 95% | 3 |
| 14 | ร้อยละตัวชี้วัด Zero Defect ที่ผ่านเกณฑ์ | 88.8% | 100% | 100% | 100% | 100% | 3 |  |  |  |  |  |
| 15 | ร้อยละตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิก (ผลลัพธ์ตอนที่ IV-I ด้านการดูแลผู้ป่วย)  |  | >85% | >90% | >95% | 100% | 3 | Q&S | -ก.สารสนเทศทางการแพทย์-กก.ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด SIMPLE, Zero Defect,THIPII | IV-1 | 3o/Exc | รายเดือน |
| 16 | ร้อยละเฉลี่ยของเครื่องมือแพทย์ที่ศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์สามารถให้บริการได้ตามความต้องการ | 85% | >90% | >95% | >95% | 95% | 2 | ศูนย์บริการ เครื่องมือแพทย์ | -กก.เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ | IV-5 | 3o/Exc | รายเดือน |

* 1. **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3** **People Excellence (PE)“คนเก่ง ดี มีความสุข”(People Excellence)**

| **ลำดับ** | **รหัส/ชื่อตัวชี้วัด** | **ฐานข้อมูล** | **เป้าหมาย (Target)** | **น้ำหนัก** | **ผู้รับผิดชอบหลัก** | **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | **สอดคล้องมาตรฐาน** | **ระดับ****KPI** | **ความถี่รายงาน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **KPI** | **Baseline** | **ปี 60** | **ปี 61** | **ปี 62** | **ปี 63** | **weight** | **Owner** | **Stakeholder** | **HA** |  |  |
| 17 | อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate) | NA | 4.50% | 4.25% | 4.0% | 3.75% | 2.5 | ก.ทรัพยากรบุคคล | ทุกหน่วยงาน | IV-4 | 1o, 2o 3o,Exc | รายเดือน |
| 18 | ส่วนต่างของจำนวนบุคลากรที่รับเข้ามากับการสูญเสีย | NA |  |  |  |  | 2 | ก.ทรัพยากรบุคคล | -ทุกหน่วยงาน -Service plan | IV-4 | 1o, 2o 3o,Exc | รายปี |
| 19 | คะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในภาพรวม (Happynometer) | NA | 60 | 70 | 80 | 90 | 3 | HRD/ สสส. | ทุกหน่วยงาน  | IV-7 | 1o,2o 3o,Exc | รายปี |
| 20 | คะแนนเฉลี่ยความสุขของการทำงานในองค์กร (Happy Work Life) | NA | 60 | 70 | 80 | 90 | 2 | HRD/ สสส. | ทุกหน่วยงาน  | IV-7 | 1o,2o 3o,Exc | รายปี |
| 21 | ค่าคะแนนเฉลี่ยความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร | NA |  |  |  |  | 2 | HRD/ สสส. | ทุกหน่วยงาน  | IV-7 | 1o,2o 3o,Exc | รายปี |
| 22 | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำค่านิยม(Core Value) ของกระทรวงฯ "MOPH" และของ รพ.“KKH” ไปใช้ | NA | 60 | 70 | 80 | 90 | 2 | พรส./HRD | -กก.ควบคุมภายใน-ประชาสัมพันธ์-กนย.-ทุกหน่วยงาน | IV-4 | 1o,2o 3o,Exc | รายไตรมาส |

* 1. **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็นเลิศและมีธรรมาภิบาล” (Governance Excellence)**

| **ลำดับ** | **รหัส/ชื่อตัวชี้วัด** | **ฐานข้อมูล** | **เป้าหมาย (Target)** | **น้ำหนัก** | **ผู้รับผิดชอบหลัก** | **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** | **สอดคล้องมาตรฐาน** | **ระดับ****KPI** | **ความถี่รายงาน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **KPI** | **Baseline** | **ปี 60** | **ปี 61** | **ปี 62** | **ปี 63** | **weight** | **Owner** | **Stakeholder** | **HA** |  |  |
| 23 | ส่วนต่างของรายได้หักค่าใช้จ่ายคลาดเคลื่อนจากเป้าหมาย | 8.24% | <9% | <8% | <7% | <6% | 2 | ก.บัญชี | -กก.การเงินการคลัง-ก.การเงิน-ก.ประกันสุขภาพ-ก.พัสดุ-หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง | IV-3 | 1o,2o 3o,Exc | รายเดือน |
| 24 | ระดับปัญหาทางการเงินขององค์กร | ระดับ 2 | <ระดับ2 | 2 | รายเดือน |
| 25 | อัตราต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยในกลุ่มระดับบริการเดียวกัน24 (1) ผู้ป่วยนอก  | 23.58% | ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยแต่มากกว่า 10% | 2 | -กก.การเงินการคลัง-ก.การเงิน-ก.ประกันสุขภาพ-ก.พัสดุ-หน่วยจัดซื้อจัดจ้างงานเวชระเบียน | IV-3 | 1o,2o 3o,Exc | รายเดือน |
| 24 (2) ผู้ป่วยใน  | 29.58% | ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยแต่มากกว่า 10% | 2 |
| 26 | ค่าการใช้พลังงานจำเพาะของพื้นที่ใช้สอย (ไฟฟ้า) (MJ/เตียง/วัน) | 140.42 | <140 | <135 | <130 | <125 | 2 | UR/ก.โครงสร้างพื้นฐานฯ | -กก.สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย-ทุกหน่วยงาน | IV-6 | 1o,2o 3o,Exc | รายเดือน |
| 27 | ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA  |  | 87% | >90% | >92% | >95% | 3 | กก.ธรรมมาภิบาล | ทุกหน่วยงาน(รพ.ขก+CUP) | IV-6 | 1o,2o 3o,Exc | ราย 6 เดือน |
| 28 | ร้อยละความสำเร็จของการใช้ E- hospital  |  |  |  |  |  | 2 | กก.IM | -ทุกหน่วยงาน | IV-6 | 1o,2o 3o,Exc | รายเดือน |
| 29 | ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยงบลงทุน (ถึงขั้นตอนลงนามในสัญญา) |  |  |  |  |  | 2 | ก.พัสดุ | -ทุกหน่วยงาน-ก.พัสดุ-หน่วยจัดซื้อจัดจ้าง | IV-3 | 1o,2o 3o,Exc | รายเดือน |
| 30 | จำนวนผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล | 4 | 10 | 10 | 10 | 10 | 2 | กก.วิจัย  | -Service plan -ทุกหน่วยงาน | IV-4 | 1o,2o 3o,Exc | รายปี |