

รายงานการประเมินตนเอง
ตามเกณฑ์เพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ
ประจำปีการศึกษา 2559



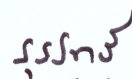
โรงพยาบาลชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2560

คำนำ

รายงานการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์เพื่อผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีการศึกษา 2559 จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมและรายงานผลการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ และพันธกิจของโรงพยาบาลชลประทาน โดยได้นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA Criteria for Performance Excellence Framework) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลชลประทานได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศตาม เกณฑ์ TQA โดยกำหนดเป็นเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ที่จะได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็น เลิศ (TQC) ในปี 2566

ในปีการศึกษา 2559 นี้ โรงพยาบาลชลประทานในฐานะหน่วยงานสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับการมอบหมายจากมหาวิทยาลัยให้ดำเนินการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในตามเกณฑ์ AS-EdPEX (Academic Support Education Criteria for Performance Excellence) หรือเกณฑ์เพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) เป็นปีแรก โดยกำหนดหมวดที่ ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ฯ คือ รายงานโครงสร้างองค์กร (OP) ข้อกำหนดโดยรวม หมวด 3 ข้อกำหนดโดยรวม หมวด 6 และ ผลลัพธ์ หมวด 7

ทั้งนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร คณาจารย์ หัวหน้างาน และบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพตลอดมา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จะเป็นองค์กรที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน เพื่อเป็นองค์กรชั้นนำแห่ง การเรียนรู้ และยังประโยชน์ให้กับสังคม ประเทศชาติต่อไป



(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลประทาน

กันยายน 2560

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. โครงร่างองค์กร	1
2. หมวด 3 ลูกค้า	
3.1 เสี่ยงของลูกค้า	13
3.2 ความผูกพันของลูกค้า	16
3. หมวด 6 ระบบปฏิบัติการ	
6.1 กระบวนการทำงาน	19
6.2 ประสิทธิภาพการปฏิบัติการ	25
4. หมวด 7 ผลลัพธ์	
7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ	29
7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า	53

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
โครงสร้างองค์กร	
ตาราง OP-1 ผลิตภัณฑ์หลัก	1
ตาราง OP-2 การบริการสุขภาพ	8
ตาราง OP-3 การบริการการเรียนการสอน	8
ตาราง OP-4 การวิจัย	8
หมวด 3 ลูกค้ำ	
ตาราง 3.1 ช่องทางการรับฟังลูกค้ำ	13
ตาราง 3.2 การประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้ำ	15
หมวด 6 ระบบปฏิบัติการ	
ตาราง 6.1.1 ระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (ด้านบริการสุขภาพ)	20
ตาราง 6.1.2 ระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (ด้านการเรียนการสอน)	21
ตาราง 6.1.3 ระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (ด้านการวิจัย)	22
หมวด 7 ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของผู้เรียนและกระบวนการ	
7.1 ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของผู้เรียนและกระบวนการ	
ตารางตัวชี้วัด 7.1.34 ร้อยละของหัวข้อการสอนที่ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	49
ตารางตัวชี้วัด 7.1.35 จำนวนสาขาวิชาที่ใช้ระบบการประเมินออนไลน์	49
7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้ำ	
ตารางตัวชี้วัด 7.2.3 การประเมินความพึงพอใจการให้บริการของผู้ประสานงานวิจัย	54

สารบัญรูปรภาพ

รูปรภาพ	หน้า
โครงร่างองค์กร	
รูปรภาพ OP-1 โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล	6
รูปรภาพ OP-2 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ	7
หมวด 6 ระบบปฏิบัติการ	
รูปรภาพ 6.1.1 ระบบงานสำคัญขององค์กร	19
รูปรภาพ 6.2.1 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	26
หมวด 7 ผลลัพธ์	
7.1 ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของผู้เรียนและกระบวนการ	
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.1 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากบริการของผู้ป่วย ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน	29
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.2 จำนวนการ Re-visit ที่ ER	29
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.3 อัตราการรายงานผล LAB ผิดพลาด	30
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรายงานผล Lab ต่วน	30
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.5 จำนวนวันนอนเฉลี่ย	31
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.6 ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด	31
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.7 อัตราการรับกลับเข้า รพ. ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	32
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.8 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยรวมทุกประเภท	32
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.9 อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)	33
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.10 อัตรา prescribing error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	34
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.11 อัตรา prescribing error ผู้ป่วยนอก (/1,000 ใบสั่งยา)	34
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.12 อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน)	35
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.13 อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (/1000 ใบสั่งยา)	35
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.14 อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	36
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.15 อัตราผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน) ระดับ C-I และ D-I	37
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.16 อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล	39
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.17 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)	40
รูปรภาพตัวชี้วัด 7.1.18 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	40

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

รูปภาพ	หน้า
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.19 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)	41
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.20 ร้อยละของ case เยี่ยมบ้านที่สามารถปิด case ได้เนื่องจากบรรลุมิติดูแลผู้ป่วย ตามเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันไว้	41
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.21 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ set เยี่ยมบ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้านจริง	42
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.22 อัตราการรายงานข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก	42
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.23 อัตราการตอบกลับอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป	43
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.24 สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	43
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.25 ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	44
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.26 Information systems down time	44
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.27 Information systems response time	45
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.28 อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร (%)	45
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.29 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร (%)	46
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.30 Current ratio	47
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.31 Quick ratio	47
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.32 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.	48
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.33 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	48
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.36 ร้อยละของอาจารย์ที่ได้รับการทบทวนความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษา	50
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.37 จำนวนเรื่องของการสืบค้นสารสนเทศและเอกสารฉบับเต็ม (Full text)	51
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.38 จำนวนงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	51
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.39 จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำวิจัย	52
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.40 จำนวนเงินทุนสนับสนุนการทำวิจัย	52
รูปภาพตัวชี้วัด 7.1.41 จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและระดับนานาชาติ	53
7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า	
รูปภาพตัวชี้วัด 7.2.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)	53
รูปภาพตัวชี้วัด 7.2.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)	54
รูปภาพตัวชี้วัด 7.2.4 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน	55
รูปภาพตัวชี้วัด 7.2.5 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม	56

สารบัญรูปร่างภาพ (ต่อ)

รูปร่างภาพ	หน้า
รูปร่างภาพตัวชี้วัด 7.2.6 จำนวนนิสิตแพทย์ มศว เรียนรายวิชาเลือก ณ โรงพยาบาลชลประทาน	56
รูปร่างภาพตัวชี้วัด 7.2.7 จำนวนนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 สมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนโรงพยาบาลชลประทาน	57
รูปร่างภาพตัวชี้วัด 7.2.8 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการจากการเยี่ยมบ้าน	58
รูปร่างภาพตัวชี้วัด 7.2.9 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องสมุด	58

โครงสร้างองค์กร (Organizational Profile)

โรงพยาบาลชลประทาน

1. ลักษณะองค์กร (Organizational Description):

คุณลักษณะสำคัญขององค์กร คืออะไร?

โรงพยาบาลชลประทานเริ่มให้บริการทางการแพทย์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2457 โดยเริ่มจากการเป็นสถานพยาบาลชั่วคราวในสังกัดกองแพทย์ กรมชลประทาน เพื่อดูแลบุคลากรของกรมชลประทาน ต่อมาในปี พ.ศ.2498 ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลขนาด 20 เตียง สังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ให้บริการบุคลากรและประชาชนทั่วไปในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปี พ.ศ. 2545 มีการโอนย้ายไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง ตามนโยบายรัฐบาลที่ต้องการให้ตรงกับภารกิจและการบริการที่ดำเนินการอยู่ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลชลประทานได้โอนย้ายมาสังกัดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กระทรวงศึกษาธิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่มตามแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ

ปัจจุบันโรงพยาบาลชลประทานเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรีขนาด 300เตียง ให้บริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพัฒนามุ่งเน้นความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1. บาดเจ็บหลายอวัยวะ 2. มะเร็งและเคมีบำบัด 3. ทารกแรกเกิด และ 4. การเปลี่ยนถ่ายกระจกตา ส่วนงานด้านการเรียนการสอนมีบทบาทในการเป็นสถานศึกษาและฝึกปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนิสิต/นักศึกษาสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร (Organizational Environment)

(1) ผลิตภัณฑ์ (Product Offerings)

โรงพยาบาลชลประทาน มีการกำหนดผลิตภัณฑ์หลักเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

ตาราง OP -1 ผลิตภัณฑ์หลัก

ผลิตภัณฑ์	บริการที่จัดให้	กลไกการส่งมอบ
1.บริการสุขภาพ - ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยฉุกเฉิน/วิกฤต - ชุมชน	ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมการดูแลใน 15 สาขาวิชา	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการและEMS เพิ่มบริการเชิงรุก โดยผ่าน อสม. รพสต. และการเยี่ยมบ้าน
2.บริการการเรียนการสอน - นิสิตแพทย์ มศว - นิสิต/นักศึกษาสหวิชาชีพ	- จัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิก - แหล่งฝึกปฏิบัติทางคลินิก	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการ

ผลิตภัณฑ์	บริการที่จัดให้	กลไกการส่งมอบ
3.การวิจัย - ผลงานวิจัย	-ให้คำปรึกษาเรื่องการทำวิจัยที่ได้มาตรฐาน -คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ -แหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัย -แหล่งทุนสนับสนุนการตีพิมพ์/ประชุมวิชาการ	-ส่งมอบโดยตรงใน สถานบริการ -ตีพิมพ์ในฐานข้อมูล TCI/SCOPUS/งาน ประชุมวิชาการ ระดับชาติและ นานาชาติ

(2) พันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยม (Mission , Vision and Values)

วิสัยทัศน์ (vision):

เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (A University Hospital of wisdom aspiring for excellence)

พันธกิจ (mission):

การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งบริการวิชาการสู่สังคม
การจัดการเรียนการสอน ด้านแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น
การวิจัย เพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ

ค่านิยม (Values)

ได้มาจากชื่อย่อของโรงพยาบาล (PanyanunthaphikkhuChonprathan Medical Center : PCMC) ซึ่งหมายถึง **ผลงานดี** (Performance) **มีทีมเด่น** (Care Team) **เน้นบริหาร** (Merit / Management by fact) **ผลงานให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน** (Continuing)

สมรรถนะหลัก

ให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวม ด้วยใจ ได้มาตรฐานวิชาชีพ

โดยให้บริการดูแลรักษา ใน 15 สาขาวิชา ได้แก่กุมารเวชกรรม, จักษุวิทยา, จิตเวช,ทันตกรรม, พยาธิวิทยา, รังสีวิทยา, วิสัญญีวิทยา, เวชศาสตร์ครอบครัว, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน,เวชศาสตร์ฟื้นฟู,ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, สูติ-นรีเวชกรรม ,โสต ศอ นาสิก และอายุรกรรม โดยมุ่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center : EC) ใน 4 ด้าน ได้แก่ บาดเจ็บหลายอวัยวะ มะเร็งและเคมีบำบัด ทารกแรกเกิด และการเปลี่ยนถ่ายกระแสเลือด

บุคลากรส่วนใหญ่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการที่โรงพยาบาลได้ผ่านการโอนย้าย มาถึง 3 กระทั่ง ด้วยพื้นฐานที่มีความใกล้ชิดและได้รับการสนับสนุนจากหลวงพ่อบัณฑิตนันทะภิกขุ และวัดชลประทานรังสฤษดิ์ ร่วมกับนโยบายของผู้บริหารในการนำแนวทางโรงพยาบาลคุณธรรมมาใช้ เพื่อผลักดันให้บรรลุวิสัยทัศน์ นำสู่การกำหนดอัตลักษณ์โรงพยาบาล “การบริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ”

(3) ลักษณะโดยรวมของบุคลากร (Workforce Profile)

จำนวนบุคลากรทั้งหมด=1,046 คน(ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2560)แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามการปฏิบัติหน้าที่ คือ
ผู้บริหาร (หัวหน้างานขึ้นไป)

สายวิชาชีพสาธารณสุข (มีใบประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข)

สายสนับสนุนทางการแพทย์(ให้บริการ แต่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ)

สายสนับสนุนทั่วไป (Back Office)

ปัจจัยในการขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้บุคลากรมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์องค์กร นอกจากการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรักผูกพันและสัมพันธ์ภาพในองค์กร เช่น การจัดให้มี PCMC Band การจัดกิจกรรมในวันสำคัญ ประเพณีข้าวหม้อแกงหม้อแล้ว ยังมีกิจกรรมการสื่อสารผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันนโยบายและจุดเน้นองค์กร รวมทั้งการนำประเด็นที่เป็นเป้าหมายสำคัญมากำหนดเป็น KPI ระดับบุคคลและหน่วยงานด้วย

(4) สินทรัพย์ (Assets)

ด้านการบริการสุขภาพมีอาคารบริการ 20 ชั้น ขนาด 400 เตียง ที่จะเปิดบริการในปี 2561 มีอาคารบริการในส่วนบริการปัจจุบัน 8 อาคาร ที่จะปรับปรุง (Renovate) เพื่อเพิ่มบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในอนาคต รวมทั้งมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อช่วยชีวิตและส่งเสริม สนับสนุนการรักษาที่ทันสมัย ครอบคลุมทุกสาขาวิชา เช่น

-:ด้านเปลี่ยนถ่ายกระจกตาและจอประสาทตา มีเครื่องสลายตั้กระจกด้วยคลื่นความถี่สูง เครื่องผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา เครื่องยิงเลเซอร์ในการรักษาจอประสาทตา เครื่องตรวจวิเคราะห์ภาพตัดขวางของจอประสาทตา เครื่องนับเซลล์กระจกตา เครื่องตรวจรูปร่างและความโค้งของกระจกตา

-:ด้านอุบัติเหตุและแผลผ่าตัดเล็ก มีชุดกล้องพร้อมอุปกรณ์สำหรับผ่าตัดอวัยวะภายในผ่านกล้อง เครื่องมือกรอกระดูก/เจาะ/ตัดเปิดกะโหลกศีรษะและกรอกระดูกสันหลังด้วยระบบไฟฟ้าความเร็วรอบสูง เครื่องนำวิถีและวางแผนการผ่าตัด ชุดเครื่องมือเจาะ/ตัด/กรอกะโหลกศีรษะ เครื่องดมยาสลบพร้อมเครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุม ปริมาตรและความดัน

-:ด้านการรักษาโรคมะเร็งและกลุ่มโรคเรื้อรัง มีเครื่องมือผสมยาเคมีบำบัดเครื่องไตเทียม ประสิทธิภาพสูง เครื่อง Portable Echo เครื่องติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจเป็นช่วง (Holter Monitor) เครื่องตรวจและทดสอบสมรรถภาพการทำงานของหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) ด้านมะเร็ง นรีเวช การผ่าตัดรักษาและเคมีบำบัดร่วมกับสาขาอายุรกรรม

-:ด้านทารกแรกเกิด มีเครื่องช่วยหายใจความถี่สูง เครื่อง Portable Echo and Ultra sound

ด้านการเรียนการสอนและการวิจัย มีอาจารย์แพทย์หลากหลายสาขา มี Excellence Center เพื่อสนับสนุนการทำงานวิจัย มีจำนวนผู้รับบริการมากเพียงพอเพื่อเป็นฐานข้อมูลการทำวิจัย รวมถึงระบบสนับสนุน ได้แก่ มีงานวิจัย ที่ให้คำปรึกษาทางด้านสถิติการวิจัย มีงบประมาณสนับสนุนการทำงานวิจัย การนำเสนอ และตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย

ด้านการสนับสนุนงานบริการ มีอาคารงานสนับสนุนบริการ 8 อาคาร และอาคารเรียนรวมและปฏิบัติการ 1 อาคาร ในด้านสวัสดิการบุคลากร มีอาคารบ้านพักเจ้าหน้าที่ 2 อาคาร และจัดหาอาคารบ้านพักชั่วคราว (ตู้คอนเทนเนอร์) 40 ตู้ และอยู่ระหว่างกำลังดำเนินการก่อสร้าง อาคารหอพักบุคลากรและนักศึกษา ซึ่งจะมีสิ่งอำนวยความสะดวก การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ส่วนเทคโนโลยี นอกจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (HOSxPXE4) ที่ช่วยในการจัดเก็บข้อมูลและบริการแล้ว ยังมี WiFi เพื่อสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงพื้นที่โดยรอบ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึง รวมถึงการจัดหาสถานที่จอดรถให้เพียงพอต่อผู้รับบริการและบุคลากร ได้มีการปรับปรุงเส้นทางจราจรร่วมกับกรมชลประทาน เพื่อให้สามารถเข้าถึงโรงพยาบาลได้โดยตรง

(5) กฎระเบียบข้อบังคับ (Regulatory Requirement)

มีการดูแลครอบคลุม 6 ด้าน ดังนี้

1. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้แก่ มาตรฐานอาชีวอนามัย มาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรค
2. การรับรอง (Accreditation, Certification) หรือการขึ้นทะเบียน ได้แก่ ISO9002โรงพยาบาลสายใยรัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. มาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์
4. ข้อบังคับด้านสิ่งแวดล้อม การเงินและผลิตภัณฑ์ ได้แก่ Code of Conduct ต่างๆ เช่น การไม่ขายนมผสมในโรงพยาบาล เข้าร่วมโครงการ Rational Drug Use Hospital ตามข้อตกลงของ UHOSNET รวมทั้งการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ระเบียบการเงินการคลัง ระเบียบพัสดุสำนักนายกรัฐมนตรี กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อม เช่น กฎหมาย EIA กฎหมายอาคารสูง พรบ.ประกันสุขภาพถ้วนหน้า พรบ.สิทธิผู้ป่วย พรบ.สุขภาพ , พรบ.ข้อมูลข่าวสาร พรบ.ประกันสังคม
5. นโยบายภาครัฐ ที่ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนงบประมาณ เช่น นโยบาย Thailand 4.0
6. กฎระเบียบ ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้แก่ 1 ระเบียบมหาวิทยาลัยว่าด้วยการบริหารงานโรงพยาบาลชลประทาน พุทธศักราช 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2556 และ 2 พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พุทธศักราช 2559 รวมทั้งประกาศมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชลประทานส่วนต่างๆ

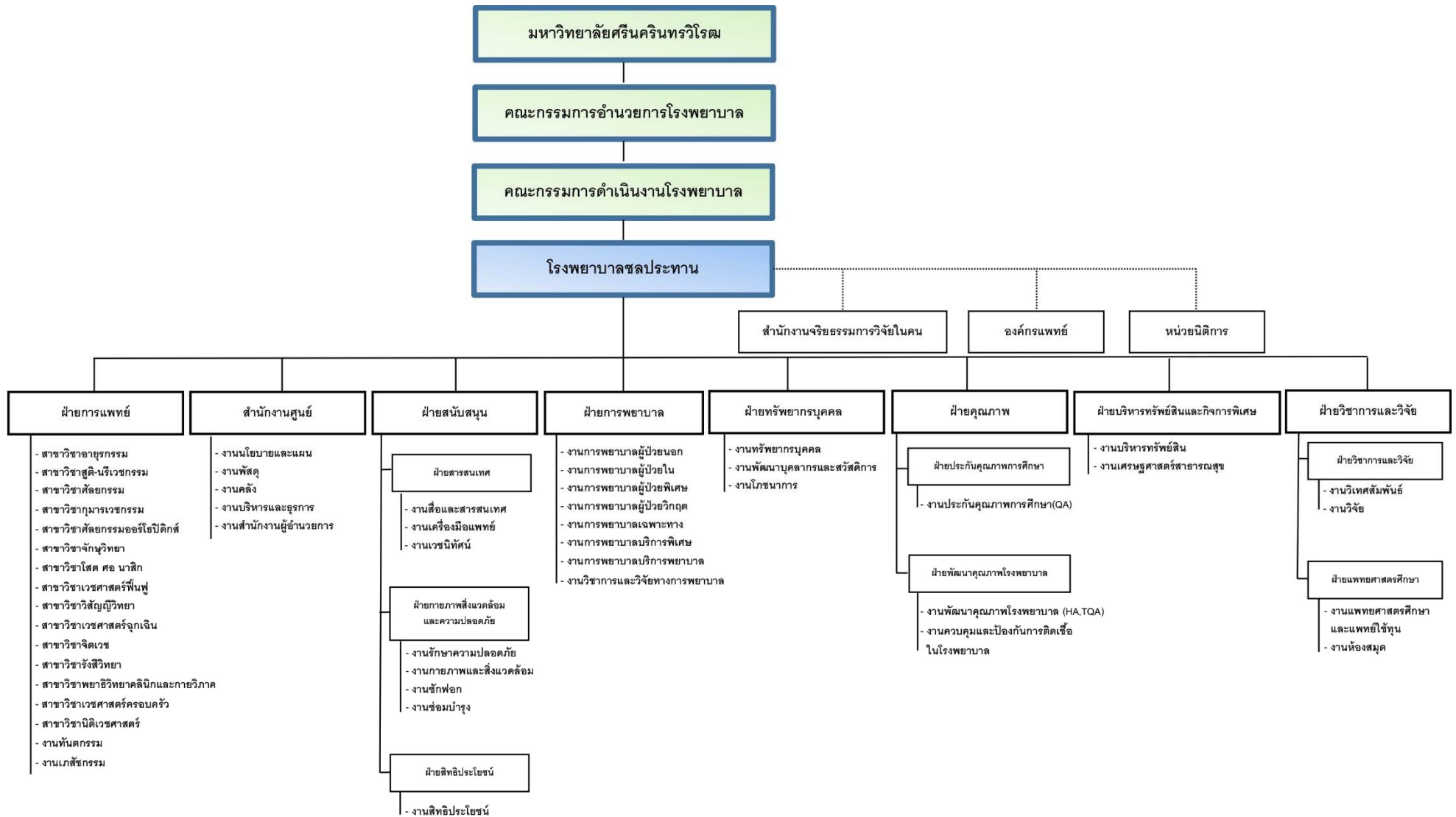
ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร (Organizational Relationship)

(1) โครงสร้างองค์กร (Organizational Structure)

เพื่อให้การดูแลกำกับกิจการเป็นไปด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ได้มีการจัดโครงสร้างในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้การบริหารเป็นไปโดยใช้หลักธรรมาภิบาล จำนวน 3 คน และที่มำเพื่อการพัฒนาคุณภาพ คือ

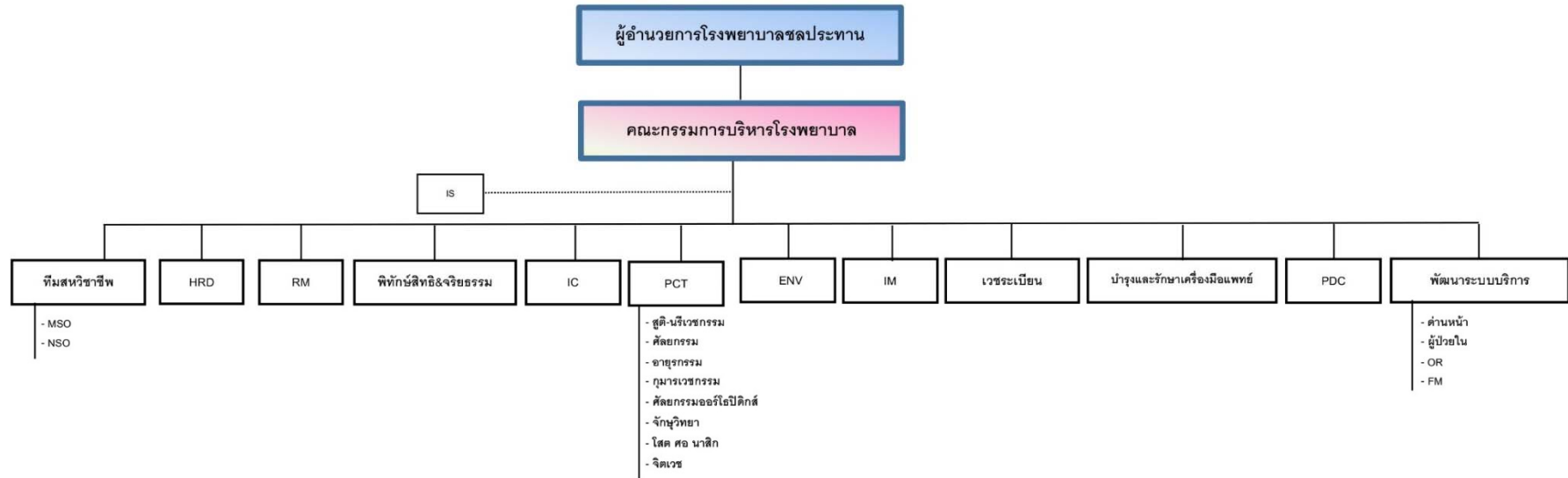
1. การกำกับภายในมหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ
 - 1.1 คณะกรรมการอำนวยการ
 - 1.2 คณะกรรมการดำเนินงาน ซึ่งในคณะกรรมการชุดนี้ นอกจากจะประกอบไปด้วยผู้มีส่วนได้เสียจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ผู้แทนจากภาควิชาที่เกี่ยวข้อง) และ ยังมีผู้แทนจากชุมชน เช่นนายกเทศมนตรีเทศบาลนครปากเกร็ด และผู้อำนวยการสำนักชลประทานที่ 11 กรมชลประทานด้วย
2. การกำกับภายในโรงพยาบาล
 - 2.1 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (ตามรูปภาพ OP-1 ผังโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล)
 - 2.2 คณะกรรมการที่มิำนำเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (ตามรูปภาพ OP-2 ผังโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ)

โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล



รูปภาพ OP-1 โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล

โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ



หมายเหตุ

- IS = คณะกรรมการเฝ้าระวังภายใน
- MSO = องค์กรแพทย์
- NSO = องค์กรพยาบาล
- HRD = งานทรัพยากรบุคคล
- RM = งานบริหารความเสี่ยง
- IC = งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- PCT = คณะกรรมการสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วย
- ENV = คณะกรรมการกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- IM = คณะกรรมการสารสนเทศ
- PDC = คณะกรรมการพัฒนาระบบยา
- OR = คณะกรรมการห้องผ่าตัด
- FM = งานเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาพ OP-2 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ

(2) ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customers and Stakeholders)

ลูกค้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามพันธกิจคือ

1. ด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
2. ด้านการเรียนการสอน ได้แก่ นิสิตแพทย์ มศว และสาขาวิชาชีพอื่นๆ
3. ด้านการวิจัย ได้แก่ ผู้ให้ทุน ผู้ให้คำปรึกษา นักวิจัย

ตาราง OP - 2 การบริการด้านสุขภาพ

ชนิดลูกค้า	ความต้องการที่แตกต่าง
ผู้ป่วยวิกฤติ / ชุกเฉิน	ได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ทันทีจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยนอกแยกเป็นกลุ่ม : ผู้ป่วยนัดหมาย : ผู้ป่วยไม่ได้นัดหมาย (มาเอง/ผิดนัด)	การนัดเป็นช่วงเวลา และกำหนดเวลานัดได้ ไม่ต้องรอนาน ทราบขั้นตอนการบริการ ได้ตรวจและรับยาอย่างรวดเร็ว one stop service การ ขอรับบริการและจองคิวผ่านระบบโปรแกรมอินเทอร์เน็ต
ผู้ป่วยใน	ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์-พยาบาลที่มีความชำนาญ ได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับโรคที่เป็นและความก้าวหน้า/การเปลี่ยนแปลง การดูแลด้วยความเอาใจ ใส่ อย่างสม่ำเสมอ
ชุมชนในเขตรับผิดชอบ	องค์ความรู้/เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

ตาราง OP – 3 การบริการการเรียนการสอน

ชนิดลูกค้า	ความต้องการที่แตกต่าง
นิสิตแพทย์ มศว	ได้รับความรู้และทักษะตามหลักสูตร
คณะต่างๆที่ส่งนักศึกษาฝึก	
ปฏิบัติทางคลินิก/นศ.พยาบาล นศ.ทันตแพทย์/เภสัช	

ตาราง OP - 4 การวิจัย

ชนิดลูกค้า	ความต้องการที่แตกต่าง
ผู้ให้ทุน	ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน การต่อยอดงานวิจัย
ผู้ให้คำปรึกษา	ผู้วิจัยสามารถดำเนินการตามกระบวนการวิจัย
นักวิจัย	ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่หรือถูกนำไปใช้

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญและความต้องการ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ
สถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย	การสนับสนุนด้านวิชาการ,งบประมาณ,ทรัพยากรอื่นๆ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม	ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิฯ ผู้ประกันตนอย่างมีคุณภาพ จัดส่งข้อมูลที่ต้องครบถ้วน ทันเวลา
บริษัทประกันชีวิต	ได้รับข้อมูลที่ต้องครบถ้วน ทันเวลา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	- เป็นฐานการเรียนการสอน การวิจัย ของคณะ แพทยศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพต่าง ๆ - ต้องการบัณฑิตที่มีคุณธรรม รับผิดชอบต่อสังคม และมีความรู้ดี
คณะพยาบาล ม.เอกชน	เป็นที่ฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาล

(3) ผู้ส่งมอบและพันธมิตร (Suppliers and Partners)

กลุ่ม	หน่วยงาน	บทบาท/ความสัมพันธ์ (ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบ)	ความต้องการ
ผู้ส่งมอบ	บริษัทจัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ห้างร้านต่างๆ	Suppliers	ชำระหนี้ตามกำหนด มีความเป็นธรรมในการจัดซื้อ – จัด จ้าง
	Lab นอก	ประสานการตรวจวินิจฉัย	ชำระหนี้ตามกำหนด
	บริษัทคู่ค้า จ้างเหมา (out source ต่างๆ)	อำนวยความสะดวก เพื่อให้การจัดบริการ ดีขึ้น	ชำระหนี้ตามกำหนด มีความเป็นธรรมในการจ้าง
พันธมิตร	กรมชลประทาน	สนับสนุนสถานที่	ให้สิทธิพิเศษแก่ข้าราชการ/ บุคลากร ในเรื่อง ห้องพิเศษ ลดระยะเวลารอคอยในการตรวจ รักษา ต้องการให้ผู้อยู่อาศัยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 ในกรมชลประทานเป็น ประชากร UC ของโรงพยาบาล ชลประทาน
	วัดชลประทานรังสฤษฏ์	สนับสนุนด้านจิตใจ และอุดหนุนการ จัดสร้างต่างๆ	จัดคลินิกบริการที่วัดชลประทาน ดูแลพระอาพาธ จัดหน่วยแพทย์ ดูแลสุขภาพฆราวาสที่วัด ชลประทานฯเมื่อมีกิจกรรมพิเศษ มี ช่องทางบริการพิเศษและหอผู้ป่วย สำหรับสงฆ์อาพาธ

กลุ่ม	หน่วยงาน	บทบาท/ความสัมพันธ์ (ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบ)	ความต้องการ
พันธมิตร	เทศบาลนครปากเกร็ด	สนับสนุนและร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน	-ให้การดูแลผู้ป่วยและอุบัติเหตุหมู่ในเขต -สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างหน่วยงาน
	สปสช. เขต 4	สนับสนุนด้านข้อมูลและงบประมาณ เพื่อมุ่งสู่การเป็น Excellence Center	ส่งข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
	เครือข่าย โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	เครือข่ายในการพัฒนาร่วมกัน	มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยน/แบ่งปันประสบการณ์
	กลุ่มผู้บริจาคและผู้มีอุปการคุณ	ให้การสนับสนุน	ความโปร่งใสในการใช้เงินบริจาค และใช้เงินตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาค และได้รับสิทธิพิเศษในการดูแลรักษา
	คณะต่างๆ ในมศว	ให้การสนับสนุนการเรียนการสอน การปฏิบัติงาน	

2. สถานการณ์ขององค์กร (Organizational Situation)

สถานการณ์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร

ก. สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน (Competitive Environment)

(1) ลำดับในการแข่งขัน (Competitive Position)

เมื่อเปรียบเทียบภาพรวมทั้งด้านบริการสุขภาพและการเรียนการสอน ในระดับภูมิภาค 4 สถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โรงพยาบาลชลประทานอยู่ลำดับที่ 4 ซึ่งต้องการการพัฒนาอีกมาก ทั้งด้านอัตรากำลัง ความรู้ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

(2) การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness Change)

การที่ รพ.เปลี่ยนสถานะ จากการให้บริการสุขภาพอย่างเดียว มาเป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการพัฒนาคุณภาพในด้านต่างๆ มีบุคลากรที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีแพทย์เฉพาะทาง (Sub Specialty) เพิ่มขึ้น แม้จะผ่านการรับรองคุณภาพแล้ว แต่ข้อจำกัดความแตกต่างของบุคลากรด้านวัย (Generation) และข้อจำกัดด้านสภาพคล่องการเงิน ทำให้ความสามารถในการแข่งขันอาจเป็นไปได้ช้า

(3) แหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Data)

THIP UHOSNET ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

สปสช. เขต 4 Service Plan ตัวชี้วัด 4 สถาบัน

ข้อจำกัด ในด้านการจัดเก็บ/การรวบรวมข้อมูล ระบบ IT ยังตอบสนองความต้องการของผู้
ต้องการใช้งานได้ไม่เต็มที่

ข. บริบทเชิงกลยุทธ์ (Strategic Context)

จากการที่โรงพยาบาลชลประทาน ได้โอนย้ายสังกัดหลายครั้ง จนปัจจุบันเป็นโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งยังคงเน้นการให้บริการเป็นหลักและค่อยๆ เพิ่มงานบริการการเรียนการ
สอนและการวิจัย บุคลากรส่วนใหญ่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น บุคลากร
นำอัตลักษณ์องค์กรตามนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม คือ “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” และ
แนวคิด “ยิ่งให้ ยิ่งได้” ของหลวงพ่อบุญญานันทภิกขุ มาเป็นหลักในการให้บริการอย่างมีจริยธรรม มีความ
รับผิดชอบต่อสังคม ได้รับความเชื่อถือจากชุมชน การจัดทำกลยุทธ์ขององค์กรผู้นำระดับสูงขององค์กรกำหนด
นโยบาย Change for the better และส่งเสริมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เป็นนโยบายที่ทุกสาขา / ทุกงาน / ทุก
หน่วยงาน นำไปเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาส่งเสริมให้มี Excellent Center เพื่อสร้างการนำการแข่งขัน

- ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ คือ การที่โรงพยาบาลออกนอกระบบ ต้องแข่งขันเพื่อความอยู่รอด
ในขณะเดียวกันมีความเสี่ยงสำคัญที่คุกคาม ในด้านการเงินและการจัดหาครุภัณฑ์ที่สำคัญในการบริการให้พร้อม
ต่อการเป็น Excellence Center

- ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ คือ การเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (University Hospital) ทำให้
ได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้น มีการปรับอัตรากำลังเพื่อมุ่งเน้นสู่การเป็น Excellent Centers รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดี
กับชุมชนรอบโรงพยาบาล ได้แก่ วัดชลประทานรังสฤษฎ์ 4 กรมชลประทานและเทศบาลนครปากเกร็ด ทำให้ได้รับ
การสนับสนุนในหลายด้าน

ค. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ (Performance Improvement System)

โรงพยาบาลชลประทาน ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับโครงสร้างการบริหารคุณภาพ
หลายครั้ง และนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพหลายอย่างเช่น

- ทีมผู้บริหารติดตามการดำเนินงาน สร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพโดยการนำ Leader
Round รวมทั้งมีกิจกรรมผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ

- ส่งเสริมให้มีงานมหกรรมคุณภาพทุกปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพจากการใช้
วงจรคุณภาพ PDCA / การทำกิจกรรม CQI ระหว่างหน่วยงานและทีมนำต่างๆ

- สนับสนุนให้มีการเยี่ยมสำรวจภายใน และการตามรอยของทีมนำระบบต่างๆ เพื่อกำกับและให้
การสนับสนุนในการดำเนินงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

- ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้จากการทำงานประจำโดยทีมสหวิชาชีพ มีการทบทวนเวชระเบียน นำ Trigger tools มาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก การทำ Clinical Tracer การทำ Case Conference การทำ Morbidity/Mortality Conference เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย

- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน โดยการจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เช่น CoP Respirator , CoP Pain-management , CoP Nursing Process & Discharge Plan , CoP IC เป็นต้น

- มีการทำงานด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์โดยใช้หลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ มศว และใช้มาตรฐานในการเรียนการสอน การประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน WFME ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว มีการกำกับดูแลคุณภาพการเรียนการสอนโดยใช้มาตรฐานประกันคุณภาพการศึกษาภายใน (QA) มาตั้งแต่ปี การศึกษา 2550

ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับการรับรอง ดังนี้

-มาตรฐาน ISO 9002 ได้รับการรับรองเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2543
-มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ ผ่านการรับรองเมื่อ 2552 และผ่านการ re-accreditation เมื่อ 2556 (หลังปี 2557 สภาการพยาบาล ชลอบทบาทในการประเมินคุณภาพ)
-มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ผ่านการรับรองเมื่อปี 2553 และผ่านการ re-accreditation เมื่อ 2556
-มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) ผ่านการรับรองคุณภาพ เมื่อปี 2556 และ ผ่านการ re-accreditation เมื่อ 2558
- มาตรฐานประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ได้รับผลการรับรองในระดับดีขึ้นไป ในทุกปีการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2550- 2558
- ได้รับการประเมินผ่านมาตรฐาน SIDCER FERCAP เมื่อเดือนสิงหาคม 2560 ในขณะที่อยู่ระหว่างการรับรองอย่างเป็นทางการ

หมวด 3 ลูกค้ำ

3.1 เสียงของลูกค้ำ

ก. การรับฟังลูกค้ำ

(1) **ลูกค้ำในปัจจุบัน (Current Customers)** โรงพยาบาลชลประทาน จำแนกลูกค้ำเป็น 3 กลุ่ม ตามพันธกิจ ดังที่ระบุไว้ในโครงสร้างองค์กร การรับฟังลูกค้ำในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ รับฟังความคิดเห็น ประเมินความพึงพอใจ และประเมินความผูกพัน โดยใช้ช่องทางดังตาราง 3.1 ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งการรับฟังเสียงลูกค้ำ และสื่อสารข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาและประชาสัมพันธ์องค์กร นอกจากนี้ ข้อคำถามในแบบประเมินก็ทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการปรับปรุงบริการ เช่น แบบสอบถามลูกค้ำด้านบริการสุขภาพ “ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด” เป็นต้น ส่วนช่องทางการรับฟังลูกค้ำด้านการเรียนการสอนและด้านการวิจัย จะใช้แบบสอบถามและการประชุมนิเทศ

ตาราง 3.1 ช่องทางการรับฟังลูกค้ำ

ผลิตภัณฑ์	กลุ่มลูกค้ำ	ช่องทางการสื่อสาร/กิจกรรม	ระยะเวลา
บริการสุขภาพ	ผู้ป่วยวิกฤติ/ ฉุกเฉิน	<u>ประเภท บุคคล</u> 1. แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ	1. ปีละ 1- 2 ครั้ง
	ผู้ป่วยนอก	2. ผู้รับข้อคิดเห็น	2. เปิดกล่องทุกวัน
บริการสุขภาพ	ผู้ป่วยใน	3. การพูดคุยสอบถามขณะปฏิบัติงาน	3. ทุกวัน
		4. สายตรงผู้บริหาร / การเข้าพบผู้บริหาร	4. ทุกวัน
		5. จากกลุ่มคนภายนอกที่เข้าร่วมปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เช่น พระสงฆ์ในโครงการคลินิกพระคุณเจ้า/จิตอาสาที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	5. ทุกวัน
		6. การติดตามประเมินผลการรักษาในโครงการ Telephone Follow up	6. ทุกวัน
		7. งานประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล	7. ทุกวัน
		<u>ประเภท สื่อ/เทคโนโลยี</u> 1. Facebook / Website / Social media	1. ตลอดเวลา
		2. การร้องเรียนทางจดหมาย	2. ทุกวัน
	ชุมชนในเขต รับผิดชอบ	1. การสอบถามขณะเยี่ยมบ้านงานเวชศาสตร์ครอบครัว 2. การเข้าร่วมประชุม CUP Board /ประชุมอื่นๆในระดับจังหวัด	1. ทุกวัน 2. ตามรอบการประชุม
	การเรียนการสอน	1.แบบสำรวจความคาดหวังของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ 2. แบบประเมินออนไลน์ 2.1 แบบประเมินความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน	สำรวจกับนิสิตแพทย์ ทุกกลุ่มที่มาเรียนและฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล

ผลิตภัณฑ์	กลุ่มลูกค้า	ช่องทางการสื่อสาร	กิจกรรม
การเรียนการสอน	นิสิตแพทย์ มศว	2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม	สำรวจกับนิสิตแพทย์ ทุกกลุ่มที่มาเรียนและฝึกปฏิบัติใน โรงพยาบาล
	นักศึกษาสหวิชาชีพอื่น ๆ	1.จากการประเมินผลหลังการฝึกงาน / ศึกษาดูงาน (ทั้งภาพรวมและเฉพาะหน่วยงาน) 2.จากการร่วมสัมมนาหลักสูตรหรือปฐมนิเทศกับสถานศึกษา (วพบ.นนทบุรี / มศว / ม.รังสิต / ม.กรุงเทพ-ธนบุรี)	1.ทุกครั้งหลังสิ้นสุดการฝึกงาน/ศึกษาดูงาน 2.ปีละ 1 ครั้ง / สถาบัน
การวิจัย	นักวิจัยและบุคลากรในโรงพยาบาล	1. แบบประเมินความพึงพอใจ Online หลังจากรับบริการจากงานวิจัย	1.ปีละ 1 ครั้ง

(2) **ลูกค้าในอนาคต (Potential Customers)** คือลูกค้าที่จะมารับบริการตามบริบทการเป็น โรงเรียนแพทย์ และเป็น Excellent Center รวมถึงกลุ่มลูกค้าที่เป็นผู้บริจาค ซึ่งบางส่วนยังไม่เคยมารับบริการ แต่ได้รับรู้ข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ถึงศักยภาพที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาล การรับฟังความคิดเห็นของลูกค้ากลุ่มนี้ ใช้การรับฟังโดยตรง จากการออกสู่สังคมเพื่อประชาสัมพันธ์ตนเอง หรือผ่านการร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดโครงการ ยิ่งให้ยิ่งได้ การสนับสนุนหน่วยบริการทางการแพทย์ในกิจกรรมต่างๆ ของจังหวัดนนทบุรี เทศบาลปากเกร็ด กองสลาก กรมชลประทาน วัดชลประทานรังสฤษฎ์ การเยี่ยมเยียนผู้บริจาค/ ผู้มีอุปการะคุณ ในวาระสำคัญอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการออกเยี่ยมชุมชนและวัดในอำเภอปากเกร็ด โดยจะมีผู้บริหารฝ่ายต่างๆ เป็นผู้นำทีมในการร่วมกิจกรรมเพื่อการประชาสัมพันธ์ สร้างสัมพันธ์ภาพ และรับฟังข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล จากข้อมูลลูกค้าประกันสังคมที่มีจำนวนลดลง หน่วยการตลาดจึงได้ออกเยี่ยมเยียนตามโรงงานและบริษัทต่างๆ ที่เคยเลือกโรงพยาบาลชลประทานเป็นสถานบริการ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น และนำมาปรับระบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

ด้านการเรียนการสอน ลูกค้าในอนาคต คือ นิสิตแพทย์ มศว ชั้นพีรีคลินิก มีช่องทางการรับฟังเสียงลูกค้า คือการสื่อสารโดยตรงในการปฐมนิเทศ และให้นิสิตทำแบบสำรวจความคาดหวังต่อการจัดการเรียนการสอน และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

ข.การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของลูกค้า

(1) ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพัน

การประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจและความผูกพันของลูกค้ากลุ่มผู้รับบริการสุขภาพและลูกค้าการเรียนการสอนดำเนินการดังตาราง 3.2 โดยมีการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ปีละ 1-2 ครั้ง มีการปรับปรุงแบบสอบถามซึ่งแต่เดิมสร้างเอง เป็นแบบสอบถามที่มีการปรับข้อสอบถามให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมสามารถเทียบเคียงคุณภาพกับสถาบันอื่น เช่น THIP ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

และการเทียบเคียง 4 สถาบันการแพทย์ และเมื่อทบทวนกระบวนการสำรวจ เดิมใช้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน เป็นผู้แจกแบบสอบถามและสัมภาษณ์ ได้เปลี่ยนเป็นให้นิสิต/นักศึกษาเป็นผู้ดำเนินการแทน เพื่อให้ลูกค้ามีความสบายใจในการตอบแบบสอบถาม

การประเมินลูกค้าด้านการเรียนการสอน เดิมใช้แบบสอบถาม พบว่าสิ้นเปลืองกระดาษและเสียเวลาในการบันทึกข้อมูลและการประมวลผลจึงมีการปรับรูปแบบการประเมินโดยใช้เครื่องมือเป็นโปรแกรมแบบประเมินออนไลน์มาช่วย ทำให้ประหยัดกระดาษ ประหยัดเวลา สะดวกในการใช้งานและสามารถดูสรุปรายงานได้ทันที โดยมีข้อคำถามสอบถามความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจ ของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

ตาราง 3.2 การประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้า

วัตถุประสงค์	เครื่องมือ	ความถี่	หัวข้อการประเมิน
ประเมินความพึงพอใจของลูกค้ารับบริการสุขภาพ	- แบบสอบถาม	- ปีละ 1- 2 ครั้ง	1.ด้านพฤติกรรมบริการ 2.ด้านคุณภาพการให้บริการ 3.ด้านการให้ข้อมูล 4.ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และคำถาม “ท่านเลือกใช้โรงพยาบาลนี้เนื่องจาก.....”
ประเมินความพึงพอใจของลูกค้าการเรียนการสอน	- แบบสอบถาม	สำรวจกับนิสิตแพทย์ทุกกลุ่มที่มาเรียนและฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลชลประทาน	1. ด้านการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม 2.ด้านสภาพห้องเรียน จำนวนผู้ป่วย และอุปกรณ์การศึกษา 3.ด้านห้องสมุดและแหล่งเรียนรู้อื่นๆ 4.ด้านหอพัก 5.ด้านการเดินทาง และการจัดรถรับ-ส่งระหว่างโรงพยาบาลชลประทานกับศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ
ประเมินความไม่พึงพอใจของลูกค้ารับบริการสุขภาพ	- แบบสอบถาม - การรับข้อร้องเรียน - การทบทวนข้อมูลการไม่ยินยอมรับการรักษาและตรวจวินิจฉัย	- ปีละ 1- 2 ครั้ง - ตลอดเวลาผ่านช่องทางการสื่อสาร - ทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์	คำถามในแบบสอบถาม ในหัวข้อ “เหตุผลที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการบริการ คือ.....” - ผู้พบอุบัติการณ์ สอบถามข้อมูลความไม่พึงพอใจและรายงานข้อมูลให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพทุกครั้ง
ประเมินความไม่พึงพอใจของลูกค้าการเรียนการสอน	การรับข้อร้องเรียน - จากแบบสอบถาม - ร้องเรียนผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา / สาขาวิชา	- ตลอดเวลาผ่านช่องทางการสื่อสาร - ทุกครั้งที่นิสิตมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา	คำถามในแบบสอบถาม ในหัวข้อ “ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอื่นๆ”

วัตถุประสงค์	เครื่องมือ	ความถี่	หัวข้อการประเมิน
ประเมินความผูกพันของลูกค้ารับบริการสุขภาพ	- จากแบบสอบถาม	- ปีละ 1-2 ครั้ง	คำถามในแบบสอบถามคือ “ท่านจะแนะนำญาติ หรือเพื่อนให้มาใช้บริการหรือไม่”
ประเมินความผูกพันของลูกค้าการเรียนการสอน	- จากข้อมูลของนิสิตแพทย์ มศว ที่สนใจที่จะมาเรียนรายวิชาเลือกที่โรงพยาบาลชลประทาน	- ปีละ 1 ครั้ง	คำถามในแบบสอบถามคือ “เหตุผลใดที่นิสิตเลือกที่จะมาเรียนรายวิชาเลือกที่โรงพยาบาลชลประทาน”
	- ข้อมูลนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มศว ที่สมัครเป็น แพทย์ใช้ทุนโรงพยาบาลชลประทาน	- ปีละ 1 ครั้ง	-

โรงพยาบาลได้นำสารสนเทศจากการประเมินความพึงพอใจ ไปใช้ในการพัฒนา เช่น การปรับคิวเข้ารับบริการ การปรับปรุงห้องสุขา เป็นต้น

(2) **ความพึงพอใจเปรียบเทียบกับคู่แข่ง** จากข้อคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจ “ถ้าท่านป่วยจะต้องได้รับการตรวจรักษา และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่” พบว่า การให้บริการ OPD จะกลับมาในปี 2559 – 2560 ร้อยละ 68.5 และร้อยละ 62 จากการทบทวนพบมีปัญหาด้านระบบนัดและระยะเวลาการรอคอย ซึ่งทีมนำด้านหน้ากำลังดำเนินการพัฒนา ส่วน IPD เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.75 เป็นร้อยละ 82.01 แต่ทั้งนี้ยังไม่ได้มีการเทียบเคียงกับโรงพยาบาลอื่นๆ อยู่ระหว่างดำเนินการเทียบเคียงกับ 4 สถาบัน ส่วนด้านการเรียนการสอนโรงพยาบาลชลประทานมีวิธีประเมินความพึงพอใจ โดยรวบรวมผลคะแนนจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

3.2 ความผูกพันของลูกค้า

ก. ผลិតภัณฑ์ และการสนับสนุนลูกค้า

(1) ผลิตภัณฑ์

การกำหนดผลิตภัณฑ์ทั้ง 3 กลุ่ม นอกจากการยึดตามมาตรฐานบริการและมาตรฐานวิชาชีพแล้ว โรงพยาบาลชลประทานยังได้นำผลจากการรับฟังเสียงลูกค้าในตาราง 3.1 ก มาใช้ในการปรับปรุงบริการ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ด้วยหลัก “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” ทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย (Waiting time) เพิ่มช่องทางการเงิน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เพื่อพัฒนางานบริการมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ โรงพยาบาลจึงจัด โครงการอบรมบริการด้วยใจ สร้างสายใยสู่ความสำเร็จ โครงการธรรมทายาท รวมทั้งโครงการเยียวยาใจด้วยธรรมะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดีให้กับบุคลากรและขยายความสัมพันธ์กับผู้รับบริการให้มากขึ้น

(2) การสนับสนุนลูกค้า

ในกิจกรรมการสนับสนุนลูกค้า วัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจ สื่อสารบริการ และอำนวยความสะดวก เปิดโอกาสในการสร้างมุมมองบริการใหม่ๆ ของโรงพยาบาลให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล หน่วยสื่อสารองค์กรสร้าง Website โรงพยาบาล (<http://pcmc.swu.ac.th>) เพื่อประชาสัมพันธ์การบริการที่มี ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบการนัดหมาย Online ต่อไป

ประสานความร่วมมือกับเทศบาลนครปากเกร็ด จัดพื้นที่ภายในโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการแจ้งทะเบียนราษฎร์ นอกจากนี้ยังได้ร่วมงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ลงพื้นที่ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ ด้วยการเยี่ยมบ้าน การลงไปเยี่ยมผู้ป่วย Palliative care หลังการจำหน่าย

(3) การจำแนกลูกค้า โรงพยาบาลชลประทานมีพันธกิจหลัก 3 ด้าน จึงจำแนกลูกค้าดังนี้

- บริการสุขภาพแบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน/วิกฤต และชุมชนในเขตรับผิดชอบ
- การเรียนการสอนแบ่งเป็น นิสิตแพทย์ มศว นิสิต/นักศึกษาสหวิชาชีพ
- การวิจัยแบ่งเป็น นักวิจัยและบุคลากรในโรงพยาบาลชลประทาน

โดยทีมบริหารโรงพยาบาลได้ทำการสำรวจความต้องการของลูกค้าแต่ละกลุ่มดังตารางใน OP-2 เนื่องด้วยโรงพยาบาลชลประทานประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ทีมบริหารโรงพยาบาลจึงมีนโยบายเพิ่มสัดส่วนผู้รับบริการในกลุ่ม ชำระเงินเอง ชำระราชการ รัฐวิสาหกิจ โดยจัดเป็นระบบคิวสัมพันธ์ ผู้รับบริการจะได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็วกว่าเดิม เปิดให้บริการ Fax claim เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการที่ทำประกันสุขภาพไว้ ซึ่งในอนาคตจะมีผู้มารับบริการ Fax claim มากขึ้น

กลุ่มผู้บริจาคจะได้รับ บัตร VIP โดยจะมีขั้นตอนการดูแลผู้บริจาค ได้คิวพิเศษ หากต้องนอนโรงพยาบาลจะมีห้องพิเศษรับรอง หากมาตรวจรักษานอกเวลาจะมีพยาบาลตรวจการช่วยประสานดูแล

ข. การสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า

(1) การจัดการความสัมพันธ์ โรงพยาบาลชลประทานได้ให้ความสำคัญกับพันธมิตรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการสร้างฐานลูกค้าเดิม โดยจัดโครงการต่างๆ เช่น โครงการเยี่ยมบ้านของสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา "อสม.จิต" เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง โครงการสอน CPR วัดชลประทานรังสฤษฎ์ กรมชลประทาน และโรงเรียนชลประทานวิทยา จัดตั้งกองทุนสงฆ์อาพาธเพื่อรักษาพระภิกษุ-สามเณรจากวัดชลประทานรังสฤษฎ์และวัดอื่นๆ ในด้านการตลาด งานเศรษฐกิจศาสตร์สาธารณสุขได้ออกเยี่ยมโรงงานและบริษัทต่างๆ ที่เลือกโรงพยาบาลชลประทานเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อรับฟังปัญหาและความต้องการ

นอกจากนี้หน่วยสื่อสารองค์กรได้สร้าง Website/ Facebook ของโรงพยาบาลชลประทาน เพื่อสื่อสารกิจกรรมภายในโรงพยาบาล การให้บริการต่างๆ สู่สาธารณชน และได้ประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ติดในเขตอำเภอปากเกร็ด เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยรอบ

(2) การจัดการกับข้อร้องเรียน ผู้รับบริการสามารถร้องเรียน แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการได้หลายช่องทาง ได้แก่ บันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ซึ่งมีกระจายตามจุดต่างๆในโรงพยาบาล , จดหมาย , โทรศัพท์ , โทรสาร , สื่อสาร Online หรือร้องเรียนได้โดยตรงกับเจ้าหน้าที่ เช่น งานประชาสัมพันธ์ สำนักงานผู้อำนวยการ ทุกเหตุการณ์และข้อร้องเรียนจะบันทึกผ่านระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อประสานไปยังหน่วยหรือทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวน หาแนวทางแก้ไขป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ โดยแนวทางป้องกันที่ได้จากการทบทวน หากเป็นประเด็นที่อาจเกิดได้กับทุกหน่วยงานจะสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติผ่านหนังสือเวียนและการประชุมประจำเดือน ประเด็นสำคัญคือ ต้องรับรู้ความรู้สึกไม่พึงพอใจให้เร็ว เพื่อจะได้สอบถามถึงสาเหตุและหาแนวทางในการจัดการปัญหาให้โดยเร็วต่อไป

หมวด 6 การปฏิบัติการ

6.1 กระบวนการทำงาน

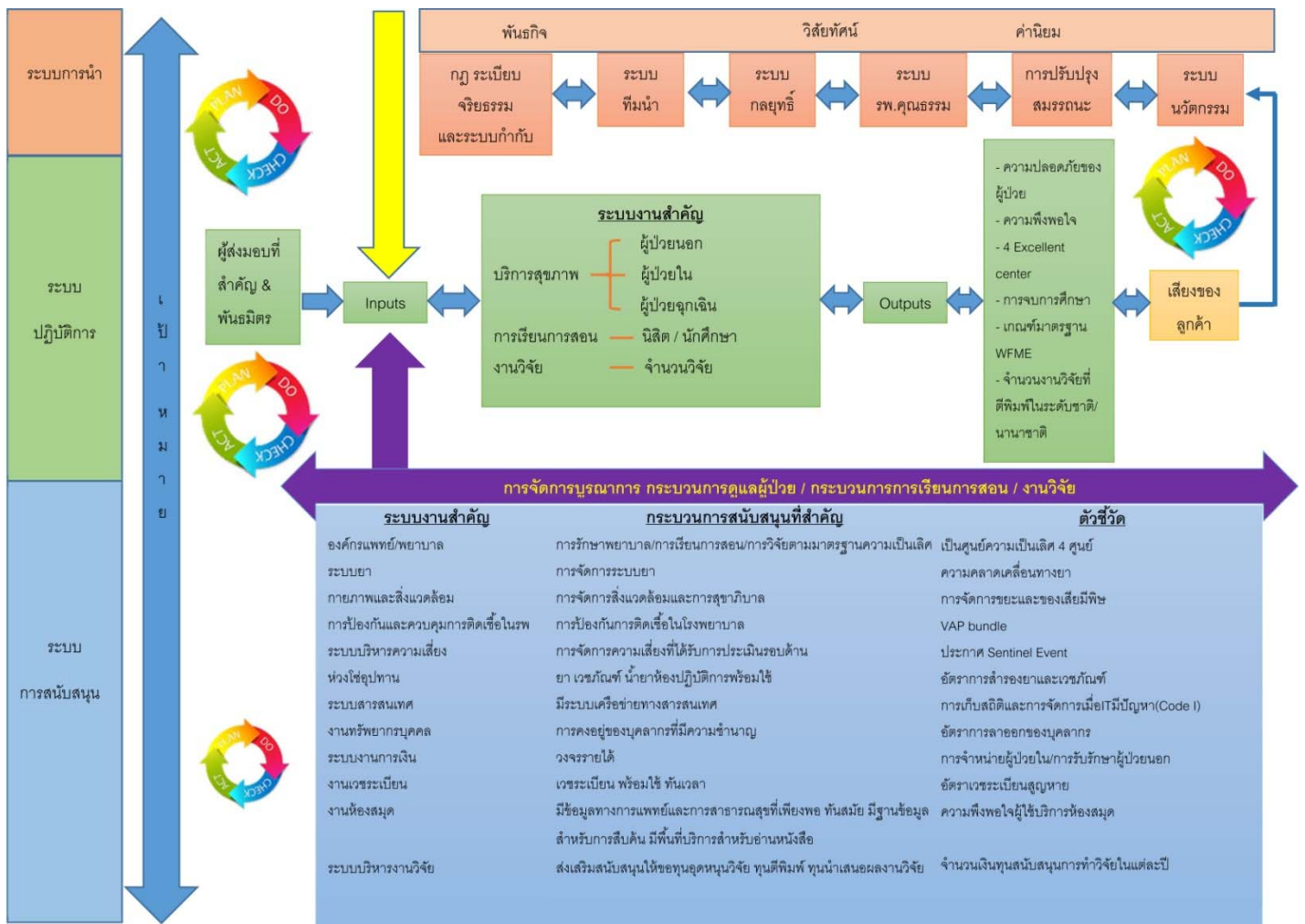
6.1 ก. การออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

โรงพยาบาลชลประทานได้ออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์กร ตามรูป 6.1.1 โดยอาศัยการรับฟังความคิดเห็นของลูกค้า/ผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คู่ความร่วมมือและบุคลากร ซึ่งได้มาจากช่องทางการสื่อสารต่างๆ (รายละเอียดแสดงในหมวด 1 การนำองค์กร เรื่องการสื่อสาร) นำข้อมูลสารสนเทศใช้พิจารณาเป็นเกณฑ์ในการออกแบบของผลิตภัณฑ์และกระบวนการโดยแบ่งเป็นด้านงานบริการ สุขภาพ การเรียนการสอนนิสิตแพทย์ และงานวิจัย

6.1 ก. (1) ข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

โรงพยาบาลชลประทานจัดทำข้อกำหนดระบบงาน ตามรูป 6.1.1 โดยทุกระบบมีการจัดทำตามกระบวนการได้แก่ การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ในพัฒนา ปรับปรุง การรับฟังเสียงของลูกค้า (รวมถึงรอบเวลาของกระบวนการ ผลิตภาพ ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล) และการค้นหาปัญหาจากการใช้บริการ งบประมาณ สภาพทางการตลาดและการแข่งขัน

รูปภาพ 6.1.1 ระบบงานสำคัญขององค์กร



กระบวนการที่สำคัญ คือ ด้านบริการสุขภาพ 5 กระบวนการ ด้านการเรียนการสอน 2 กระบวนการ และด้านการวิจัย 3 กระบวนการ ตามตาราง 6.1.1 ตาราง 6.1.2 และ ตาราง 6.1.3 มีการทบทวนกระบวนการและตัวชี้วัดทุกปี ผ่านการเขียน SAR โดยใช้หลักการ PDCA

ตาราง 6.1.1 ระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (ด้านบริการสุขภาพ)

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผลลัพธ์
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย ทันเวลา ประสานงานที่ดี รวดเร็ว ปลอดภัย	- ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน - ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)	7.1.1 7.2.1
การประเมินผู้ป่วย	ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม	- จำนวนการ Re-visit ที่ ER - อัตราการรายงานผล LAB ผิดพลาด - ระยะเวลาเฉลี่ยในการรายงานผล Lab ค่วน	7.1.2 7.1.3 7.1.4
การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย	มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องตามปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ การประสานงานที่ดี	- จำนวนวันนอนเฉลี่ย - ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด - อัตราการรับกลับเข้า รพ. ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	7.1.5 7.1.6 7.1.7
การดูแลผู้ป่วย	ทันท่วงที ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ	- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยรวมทุกประเภท - อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์) - อัตรา prescribing error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน) - อัตรา prescribing error ผู้ป่วยนอก (/1,000 ใบสั่งยา) - อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน) - อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (/1000 ใบสั่งยา) - อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน) - อัตราผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน) ระดับ C-I และ D-I - อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล - อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม) - อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม) - ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)	7.1.8 7.1.9 7.1.10 7.1.11 7.1.12 7.1.13 7.1.14 7.1.15 7.1.16 7.1.17 7.1.18 7.1.19 7.2.2

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผลลัพธ์
การให้ข้อมูลเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง	ดูแลตนเองได้ เชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพทุกขั้นตอน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการ	- ร้อยละของ case เยี่ยมบ้านที่สามารถปิด case ได้ เนื่องจากบรรลุมิติประสงค์ตามเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันไว้	7.1.20
		- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ set เยี่ยมบ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้านจริง	7.1.21
กระบวนการสนับสนุน			
ระบบบริหารความเสี่ยง	ความปลอดภัย และ ผลการรักษาที่ดี	- อัตราการรายงานข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก	7.1.22
		- อัตราการตอบกลับอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป	7.1.23
ระบบกายภาพและสิ่งแวดล้อม	ถูกต้องตามกฎหมาย ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า	- สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	7.1.24
		- ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	7.1.25
ระบบยา	- มีประธานการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม	- ตัวชี้วัดระบบยาในระบบงานการดูแลผู้ป่วย	7.1.10
			7.1.11
			7.1.12
			7.1.13
			7.1.14
ระบบสารสนเทศ	- ความรวดเร็ว - ข้อมูลที่มีคุณภาพ	- Information systems down time	7.1.26
		- Information systems response time	7.1.27
ระบบงานทรัพยากรบุคคล	- สมรรถนะ - อัตรากำลัง - การคงอยู่	- อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร (%)	7.1.28
		- ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร (%)	7.1.29
ระบบการเงิน		- Current ratio	7.1.30
		- Quick ratio	7.1.31
ระบบงานเวชระเบียน		- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.	7.1.32
		- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	7.1.33

ตาราง 6.1.2 ระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (ด้านการเรียนการสอน)

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผลลัพธ์
การเรียนการสอน	พัฒนาเทคนิคด้านการเรียนการสอน	การพัฒนา ระบบ E-Learning	
		- ร้อยละของหัวข้อการสอนที่ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	7.1.34
		- จำนวนสาขาวิชาที่ใช้ระบบการประเมินออนไลน์	7.1.35
	พัฒนาคุณภาพของอาจารย์ผู้สอน	- ร้อยละของอาจารย์ที่ได้รับการทบทวนความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษา	7.1.36
- อัตราความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่ออาจารย์ผู้สอน		7.2.5	

กระบวนการสนับสนุน			
สนับสนุน การเรียนการสอน			
1.ระบบห้องสมุด (รวมสนับสนุน ด้านวิจัย)	- มีข้อมูลทางการแพทย์และ การสาธารณสุขที่พอเพียง ทันสมัย มีฐานข้อมูลOnline มีพื้นที่บริการสำหรับอ่าน หนังสือ	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องสมุด - จำนวนเรื่องของการสืบค้นสารสนเทศและเอกสารฉบับ เต็ม (Full text)	7.2.9 7.1.37
2.ระบบสารสนเทศ เพื่อการเรียน การสอน	- มีสัญญาณ WiFi ครอบคลุม ทุกพื้นที่		

เนื่องจากในปัจจุบันใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตคณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555 (มคอ.) เป็นมาตรฐานการเรียน การ
สอน และจะมีการปรับปรุง มคอ. 2 ในปี 2561 โรงพยาบาลชลประทานในฐานะโรงพยาบาลร่วมผลิตบัณฑิต
แพทย์มีส่วนร่วมเป็นกรรมการปรับปรุงหลักสูตร

ตาราง 6.1.3 ระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (ด้านการวิจัย)

กระบวนการที่ สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของ กระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผลลัพธ์
การส่งเสริมการทำ วิจัย	สนับสนุนและส่งเสริมการทำ วิจัยของอาจารย์แพทย์และ บุคลากรของโรงพยาบาล	จำนวนงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	7.1.38
การพัฒนาศักยภาพ ด้านการวิจัย	พัฒนาบุคลากรของ โรงพยาบาลให้มีความรู้และ ทักษะในการทำวิจัย	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะใน การทำวิจัย	7.1.39
การบริหารงานวิจัย	ส่งเสริมสนับสนุนให้ขอ ทุนอุดหนุนวิจัยทุนตีพิมพ์ ทุนนำเสนองานวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ	- จำนวนเงินทุนสนับสนุนการทำวิจัย - จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและ ระดับนานาชาติ	7.1.40 7.1.38
กระบวนการสนับสนุน			
ส่งเสริมจริยธรรมการ วิจัยในคน	จริยธรรมการวิจัยที่ได้ มาตรฐานสากล และส่งเสริม ให้นักวิจัยผ่านอบรม มาตรฐานการจริยธรรมการ วิจัยในคน	- ผ่านรับการประเมินจาก SIDCER-FERCAP - จำนวนนักวิจัยที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย เบื้องต้น - จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและ ระดับนานาชาติ	7.1.41 7.1.38

6.1 ก. (2) แนวคิดในการออกแบบ

โรงพยาบาลชลประทานมีแนวคิดในการออกแบบโดยใช้มาตรฐานการรักษา และมาตรฐานการศึกษาเป็นแกนโดยมีระบบทรัพยากรบุคคลเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมและความรู้ความสามารถสอดคล้องกับแผนพัฒนา ใช้ประเด็นปัญหาในพื้นที่ ความต้องการของลูกค้ารวมทั้งใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น minimal invasive surgery มาใช้เพื่อออกแบบกระบวนการบริการสุขภาพ มีการนำระบบของ HA มาใช้บูรณาการกับระบบเดิม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น ใช้ Deming cycle (PDCA) ในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพ การเรียนการสอน และกระบวนการทำงานให้บรรลุข้อกำหนดและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งสร้างความประทับใจและความพึงพอใจในการใช้ผลิตภัณฑ์/บริการ และใช้ PDCA ในการปรับปรุงกระบวนการ ถ้ากระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับผลิตภัณฑ์/บริการ จะนำ (1) ข้อมูลเสียงของลูกค้า/ผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คู่ความร่วมมือและบุคลากร (2) การนำเทคโนโลยีใหม่ (3) การนำความรู้องค์กรและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (4) คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยและลูกค้าผ่านสายธารแห่งคุณค่า VSM (5) ความเป็นเลิศของผลิตภัณฑ์ มากำหนด (ก) เป้าหมายของกระบวนการทำงาน (ข) ตัวชี้วัดของกระบวนการทำงาน (ค) การสื่อสารกระบวนการทำงานสู่บุคลากร และ (ง) การใช้ทรัพยากรทั้งจากภายในและจ้างภายนอกมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหาร ยกตัวอย่าง เช่นการกำหนดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้บริหารกำหนดในแผนกลยุทธ์เป็น Excellent Center ทางด้านโรคมะเร็ง อนุมัติการจัดหาเครื่องผสมยาเคมีบำบัด การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความชำนาญและมีประกาศนียบัตรรับรองทั้งในการผสมและให้ยาเคมีบำบัด และมีการตั้งคณะกรรมการเคมีบำบัดประกอบด้วยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มาออกแบบและพัฒนาระบบงาน เช่นการให้บริบาลทางเภสัชกรรม การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาเคมีบำบัดรวมทั้งข้อควรปฏิบัติตน อาหารที่รับประทานในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดและประเมินผลการรับรู้การปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการประชุมสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบงาน

ข. การจัดการกระบวนการ

6.1 ข. (1) การนำกระบวนการไปปฏิบัติ

โรงพยาบาลชลประทานมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและมีการกำกับ การปฏิบัติงานประจำวันไปตามข้อกำหนดของระบบงานแบบ 2 ทิศทาง คือ (1) แบบแนวตั้ง การกำกับงานโดยทีมบริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการและผู้ช่วยผู้อำนวยการ (2) แบบแนวนอน การกำกับงานโดยเน้นการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรโดยมีทีมนำระบบที่สำคัญ คณะกรรมการชุดต่างๆและหัวหน้างานในการกำกับดูแล การนำระบบงานไปปฏิบัติ กระบวนการทำงานโดยการนำค่าตัวชี้วัดระบบงานตาม(ตาราง 6.1.1 ตาราง 6.1.2 และตาราง 6.1.3)มาเป็นตัววัดผลของกระบวนการ การนำกระบวนการไปปฏิบัติเริ่มต้นด้วย (1) ปรับปรุงกระบวนการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันหรือเป็นไปตามมาตรฐาน (2) นำไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านการกำหนดนโยบายและจัดทำแนวทางสื่อสารให้ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการอบรม ระเบียบ คู่มือ วิธีการปฏิบัติ (3) จัดให้มีการจัดการความรู้ แบ่งปันความรู้และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและบุคลากรในรูปแบบคณะกรรมการมาจากส่วนงานที่เกี่ยวข้องใน

กระบวนการทำงานทุกกระบวนการ (4) การวัดผลการปฏิบัติและสมรรถนะ ถ้าพบกระบวนการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด จะดำเนินการจัดการและปรับปรุงระบบงานโดยและใช้วงจร PDCA ในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ เช่น ด้านบริการสุขภาพ ทีมนำการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ได้ทบทวนตัวชี้วัด ตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ นำมากำหนดและปรับปรุง CPG CNPG ต่างๆ มีการจัดการความรู้ผ่านการอบรมและชุมชนนักปฏิบัติ (COP)

6.1 ข. (2) กระบวนการสนับสนุน

โรงพยาบาลชลประทานมีการกำหนดระบบงานสนับสนุนให้สอดคล้องกับกระบวนการที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกระบวนการหลักให้สามารถดำเนินงานไปได้ตามเป้าหมาย (อยู่ในส่วนล่างสุดใน รูป 6.1.1) โดยมีการกำกับการปฏิบัติงานประจำวันไปตามข้อกำหนดของระบบงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงในเนื้อเดียวกับกระบวนการหลักในการสนับสนุนผลิตภัณฑ์/บริการ (1) มีการทบทวนระบบงานสนับสนุนปัจจุบันให้ระบบงานบรรลุข้อกำหนด (2) มีการระบุถ้าพบปัญหาในระบบงานสนับสนุน และ/หรือ (3) มีการระบุความต้องการในกระบวนการระบบงานสนับสนุนเพื่อเสียงของลูกค้าหรือข้อกำหนดที่จำเป็นอื่นๆ มีปรากฏในแผนกลยุทธ์ (หมวด 2) เพื่อสนับสนุนงานในปัจจุบันและอนาคต เช่น งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานบริหารและธุรการ งานคลังและพัสดุ งานนโยบายและแผน งานประกันคุณภาพการศึกษา งานประชาสัมพันธ์ งานวิเทศสัมพันธ์ งานเวชนิทัศน์ งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน และงานห้องสมุด เป็นต้นโดยกระบวนการจะสอดคล้องกับระบบงานสนับสนุนที่สำคัญและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ใช้หลักการกำกับการปฏิบัติงานจากกระบวนการทบทวนองค์กรเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันสามารถบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ

6.1 ข. (3) การปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

โรงพยาบาลชลประทานโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้ประชุมร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลการดำเนินงาน 4 ด้าน คือด้านผลิตภัณฑ์ (บริการสุขภาพ/การเรียนการสอน/การวิจัย) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า ด้านการปฏิบัติการ ด้านการเงินและการตลาด เพื่อปรับปรุงความน่าเชื่อถือ/ลดความแปรปรวนของกระบวนการและบรรลุเป้าหมายของสมรรถนะหลักขององค์กรโดยใช้วงจร PDCA, กระบวนการ HA, KM, Lean โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความพร้อมและศักยภาพของบุคลากร แผนกลยุทธ์และเป้าหมาย ตัวชี้วัดของการทำงาน สภาวะแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการแข่งขัน ตลอดจนการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้การดำเนินงานมุ่งสู่ความเป็นเลิศ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน (IS: Internal Surveyor) และทีม Facilitator ที่ได้รับการอบรมจาก สรพ ตรวจสอบให้กำลังใจและเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงกับทุกหน่วยงานอย่างน้อยปีละครั้ง ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วย sepsis ได้ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาให้ได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ จนทำให้อัตราการตายลดลง เป็น Best practice สรพ คัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการ HA Forum ของประเทศในปี 2560

6.1 ค. การจัดการนวัตกรรม

จากการประเมินความเสี่ยง พบว่าองค์กรมีความท้าทายในด้านการเงินซึ่งจะต้องดำเนินการทั้งการเพิ่มรายรับและลดรายจ่ายไปพร้อมๆ กัน โรงพยาบาลชลประทานได้สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานปรับปรุงระบบงาน โดย

ใช้กระบวนการ Lean และส่งเสริมให้คิดค้นนวัตกรรมเพื่อดูแลความปลอดภัยและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยจัดให้มีการนำเสนอผลงานในงานมหกรรมคุณภาพทุกปี ผลงานของหน่วยงานที่ดีจะมีการขยายผลให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้ต่อไป เช่น กระดาษ Complete เพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เปรียบเทียบผลการผลิตและการใช้โซ่ขาวในผู้ป่วยเฉพาะโรคระหว่างไซโกดัมทั้งฟองกับผลิตภัณฑ์โซ่ขาวแปรรูป ด้านเวลา ต้นทุน ขั้นตอนในการผลิต คุณค่าสารอาหารและความพึงพอใจ การลดระยะเวลารอคอยรับยา การเพิ่มจุดบริการด้านการเงิน เป็นต้น

6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

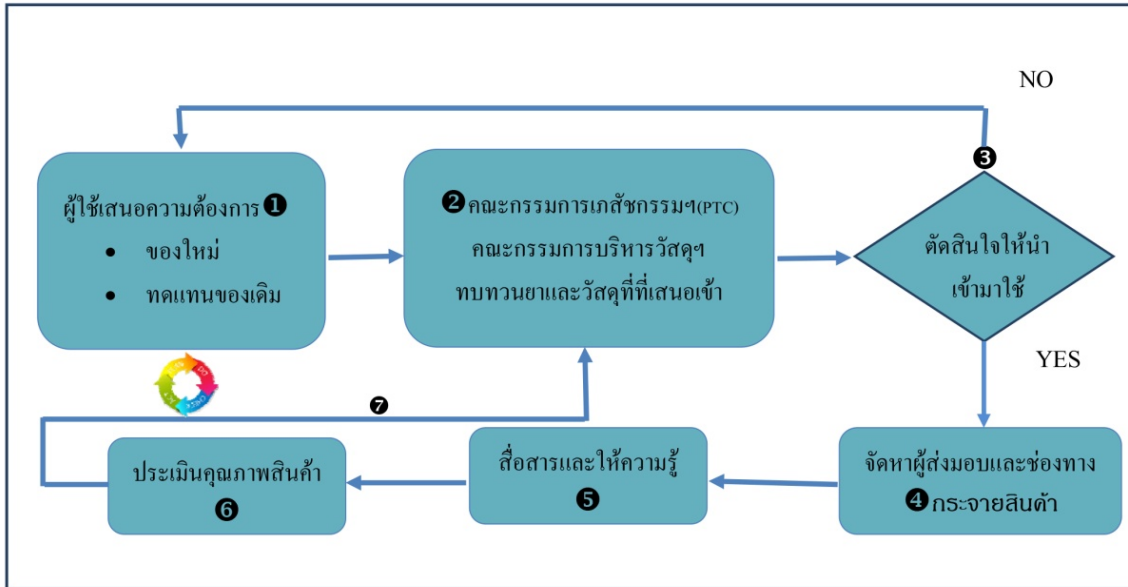
โรงพยาบาลชลประทานมีแนวทางการควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการปฏิบัติการโดยการนำแนวทางไปปฏิบัติผ่านกระบวนการ PDCA KM และ Lean โดย 1. กำหนดให้ทุกหน่วยงานประเมินตนเองทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการสุขภาพและการบริการด้านการศึกษา ทั้งรอบเวลา ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าคุ้มทุน 2. กำหนดแผนกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการโดยใช้แนวคิด Lean และ Unit cost โดยมีคณะกรรมการชุดต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการบริหารวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และคณะกรรมการห้องปฏิบัติการ เป็นแกนนำในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน 3. ทีมนำและหน่วยงานต่างๆ นำแนวคิด KM, Lean ไปปฏิบัติ 4. ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการและปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้นผ่านกระบวนการ PDCA

ในแนวทางของการออกแบบระบบงานมีการวัดรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลตลอดกระบวนการทำงานการลดความคลาดเคลื่อนทางยา ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้กระบวนการที่มีการวัดรอบเวลาจะดำเนินการด้วยความระมัดระวังเนื่องจากมีผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการเช่นการเข้าถึงยาในผู้ป่วย Sepsis การตรวจพิเศษทางรังสีในผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุจจาระ ส่วนงานสนับสนุนจะเน้นการป้องกันกระบวนการทำงานซ้ำและลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนเหล่านั้น ผ่านเครื่องมือ Lean ทำให้องค์กรได้สถานที่ทำงานที่ได้มาตรฐาน มีกระบวนการเรียนรู้ผ่านเครื่องมือ KM ที่สหสาขาทบทวนแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานออกมาเป็น CPG CNPG คู่มือต่างๆ การบริหารจัดการด้วยสายตา การแก้ปัญหา การนำแนวทางการตรวจสอบ แนวโน้ม ทบทวนการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดค่าใช้จ่าย การสูญเสีย และเพิ่มกิจกรรมที่เพิ่มคุณค่าแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่นมีการนำการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล(RDU: Rational Drug Use) มาใช้ทำให้พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จึงใช้การประเมินการใช้ยา(DUE : Drug Use Evaluation) ช่วยให้งานเภสัชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาโดยเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะ และผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) จัดทำ Basic set เพื่อควบคุมต้นทุนของกระบวนการทำงาน วิเคราะห์ต้นทุนนำยาทางห้องปฏิบัติการ

6.2 ข การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

โรงพยาบาลชลประทาน มีแนวทางการจัดการห่วงโซ่อุปทานเป็น 7 ขั้นตอน ดังรูป 6.2.1

รูปภาพ 6.2.1 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน



โดยเริ่มจาก ① ผู้ใช้จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เขียนแบบฟอร์มแสดงความต้องการ/ไม่ต้องการ มี วัสดุทางการแพทย์/อวัยวะเทียม ในโรงพยาบาลชลประทาน หรือ แบบฟอร์มเสนอยาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล เสนอต่อคณะกรรมการ ② ทำการทบทวนข้อกำหนดคุณภาพ ผลการใช้ความพึงพอใจ ความคุ้มค่า ผลการรักษา ดี ③ ถ้าผลการตัดสินใจคัดเลือกผู้จำหน่าย/ผู้ส่งมอบ ④ ดำเนินการจัดหาผู้จำหน่ายและช่องทางการกระจายสินค้า ⑤ ดำเนินการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ใช้ในเรื่องยาใหม่ เวชภัณฑ์ใหม่หรือ สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง หลักเกณฑ์ การคัดเลือกผู้จำหน่ายยา โดยมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทำหน้าที่ในการคัดเลือก ตามหลักเกณฑ์ ทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก เพื่อให้มั่นใจได้ถึงคุณภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้แทน จำหน่ายยาจะต้องจำหน่ายยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปฏิบัติตาม ระเบียบว่าด้วยการจัดซื้อ จัดจ้างภาครัฐ 2560 และเป็นผู้มีหน้าที่ในการส่งเสริมการขายภายใต้ประกาศจริยธรรม ว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของโรงพยาบาล ให้บริการข้อมูลทางวิชาการที่เป็นกลางและถูกต้อง การควบคุม ราคาขายไม่เกินราคากลาง หรือราคาสมเหตุผล สนับสนุนทางเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่นระบบการเติมยาโดยบริษัทฯ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการและเครือข่ายในการแบ่งปันวิธีการปฏิบัติที่ดี การประเมินและวัดผลการดำเนินงานของผู้ ส่งมอบยังไม่มีกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร แต่เมื่อพบการส่งมอบที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดจะใช้โทรศัพท์ แจ้งและไม่รับสินค้า กรณีที่ส่งมอบสินค้าอายุสั้นกำหนดให้มีหนังสือยืนยันการรับเปลี่ยนถ้าสินค้าหมดอายุ ใน อนาคตจะต้องมีการนำข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการมาร่วมพิจารณา

6.2 ค. การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

6.2 ค. (1) ความปลอดภัย

เพื่อให้แน่ใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมด้านความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและบุคลากร ได้จัดให้มีขั้นตอนในการบริหารความเสี่ยง คือ 1) จัดให้มีกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ กำหนด sentinel event ค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อวางกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุง 2) จัดให้มีการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีบัญชีความเสี่ยงเฉพาะของหน่วยงาน และให้หน่วยงานจัดระดับความสำคัญ Risk matrix และ risk register เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันที่มุ่งปกป้องผู้ป่วย/ผู้มารับบริการ 3) กำหนดมาตรการป้องกัน, สื่อสาร สร้างความตระหนักแก่บุคลากรเพื่อเสริมสร้างให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร เช่น การกำหนดให้หน่วยงานวิเคราะห์สาเหตุเชิงรากกรณีเกิดอุบัติการณ์ระดับตั้งแต่ E ขึ้นไป การจัดให้การรายงานความเสี่ยงเป็น KPI รายบุคคล ส่งเสริมให้การแก้ไขเชิงระบบ มากกว่ารายบุคคล 4) จัดวางระบบจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล ซึ่งครอบคลุมทะเบียนรายงานความเสี่ยงและระบบรายงานอุบัติการณ์ มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้และวางแผน มีการกำหนดขั้นตอนในการแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ 5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม 6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นโดย จัดให้มีการประชุมที่กรรมการความเสี่ยงทุกเดือน จากกระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบงานหลายอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย การป้องกันการแพ้ยาซ้ำโดย Visual management การเปลี่ยนน้ำยาเช็ดสะดือในเด็กทารกแรกเกิด การป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัดต่อกระดูก

เพื่อให้แน่ใจว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัย จัดให้มีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค) เป้าหมายการประเมินอยู่ในระดับ 5 และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เป็นไปตามที่กำหนด เช่น การเปลี่ยนรถเข็นที่มีน้ำหนักมากให้เป็นชนิดมอเตอร์ในหน่วยโภชนาการและหน่วยจ่ายเครื่องมือกลาง

6.2 ค. (2) การเตรียมพร้อมสู่ภาวะฉุกเฉิน

เพื่อให้แน่ใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน ได้จัดให้มีคณะกรรมการ 3 คณะซึ่งทำงานประสานกัน ได้แก่ 1) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมวิเคราะห์สถานการณ์ฉุกเฉินจากภัยธรรมชาติ ที่เกิดในอดีต และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตปีละครั้ง จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ(แผนป้องกัน)เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินมีการฝึกอบรมและฝึกซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน(แผนเผชิญเหตุ) และแผนระงับอัคคีภัยทุกปีร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกเวลาราชการ แสดงให้เห็นถึงการป้องกัน การจัดการความต่อเนื่องของการดำเนินการ ทั้งนี้พบว่าแผนอพยพมีความชัดเจนในแผนระงับอัคคีภัย ส่วนแผนฟื้นฟู

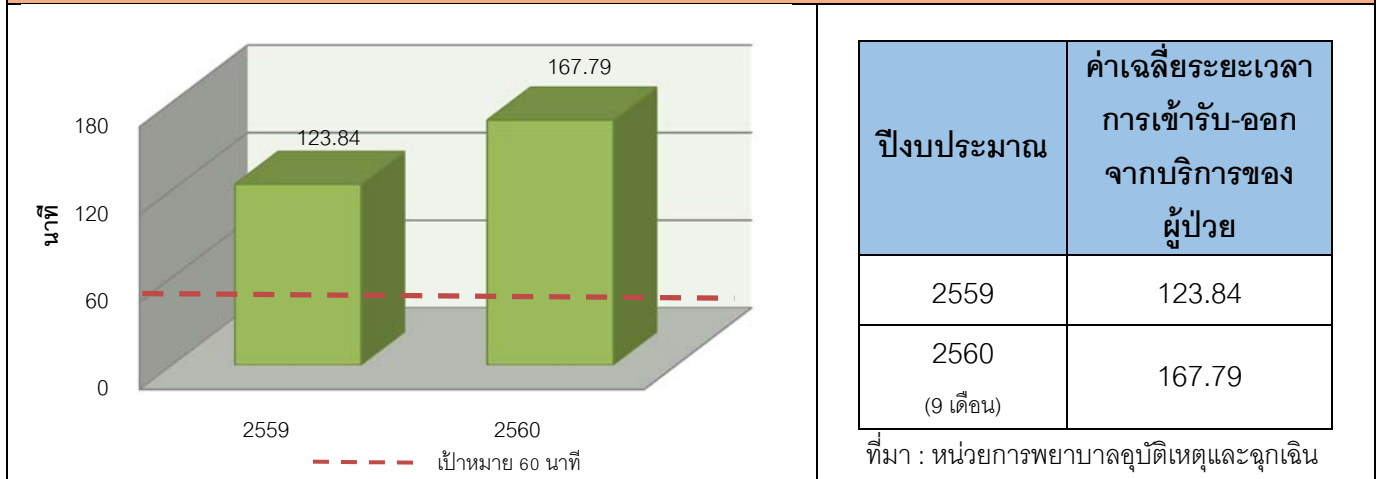
สภาพเดิมและแผนการฟื้นฟูที่ยังไม่มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร 2) คณะทำงานกู้ชีพฟื้นคืนชีพ เตรียมความพร้อมแก่บุคลากรในโรงพยาบาลทุกหน่วยงาน ให้สามารถทำการกู้ชีพฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องโดยการจัดอบรมทุกปี มีการจัดอบรม CPR สัญจรในหน่วยงานที่คาดว่าจะหรือเคยเกิดปัญหาในการ CPR อีกทั้งจัดอบรมแก่หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เช่น วัดชลประทานรังสฤษฎ์ โรงเรียนชลประทาน เตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ ได้แก่ AED รถพยาบาล และจัดซ้อมอุบัติเหตุร่วมกับเทศบาลนนทบุรีทุกปี 3) คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการวางแผนเตรียมรับมือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับจังหวัดนนทบุรี ประสานงานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

หมวด 7 ผลลัพธ์

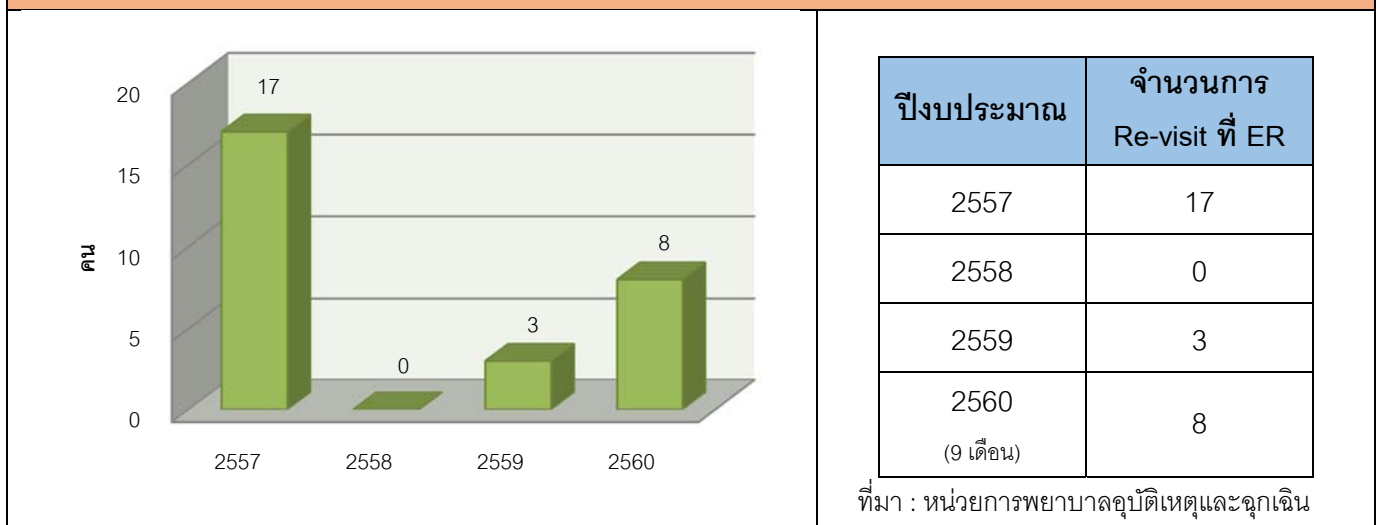
ผลการดำเนินงานในหมวดผลลัพธ์

7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

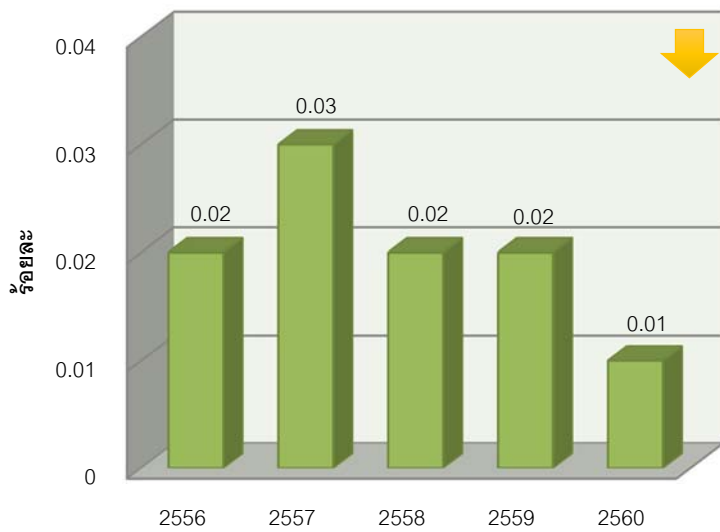
ตัวชี้วัด 7.1.1 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน



ตัวชี้วัด 7.1.2 จำนวนการ Re-visit ที่ ER



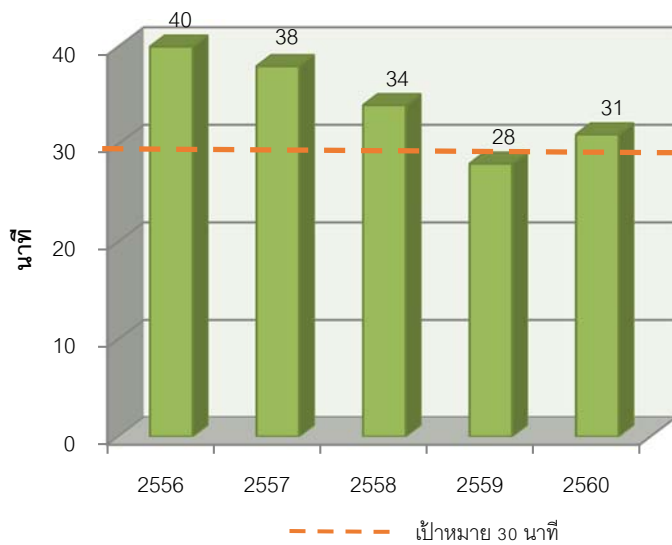
ตัวชี้วัด 7.1.3 อัตราการรายงานผล LAB ผิดพลาด



ปีงบประมาณ	อัตราการรายงานผล LAB ผิดพลาด
2556	0.02
2557	0.03
2558	0.02
2559	0.02
2560 (9 เดือน)	0.01

ที่มา : สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค

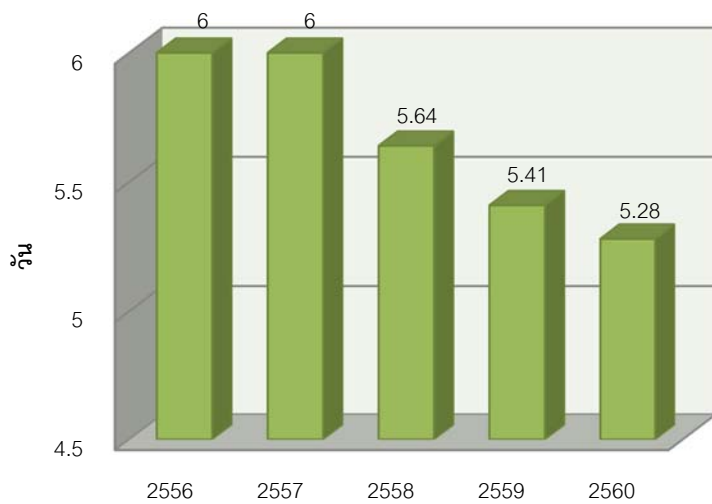
ตัวชี้วัด 7.1.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรายงานผล Lab คำน



ปีงบประมาณ	จำนวนวันนอนเฉลี่ย
2556	40
2557	38
2558	34
2559	28
2560 (9 เดือน)	31

ที่มา : สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค

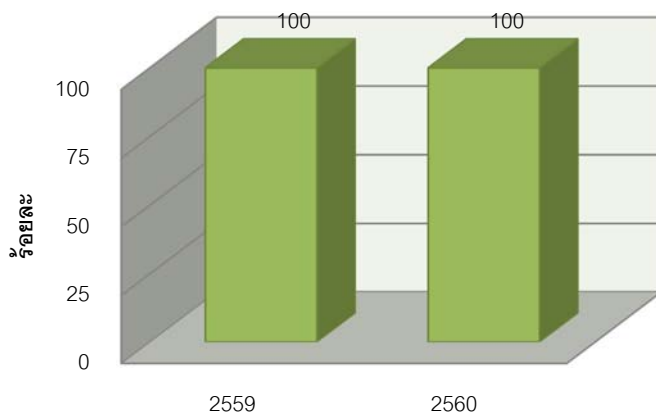
ตัวชี้วัด 7.1.5 จำนวนวันนอนเฉลี่ย



ปีงบประมาณ	จำนวนวันนอนเฉลี่ย
2556	6
2557	6
2558	5.64
2559	5.41
2560 (9 เดือน)	5.28

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล

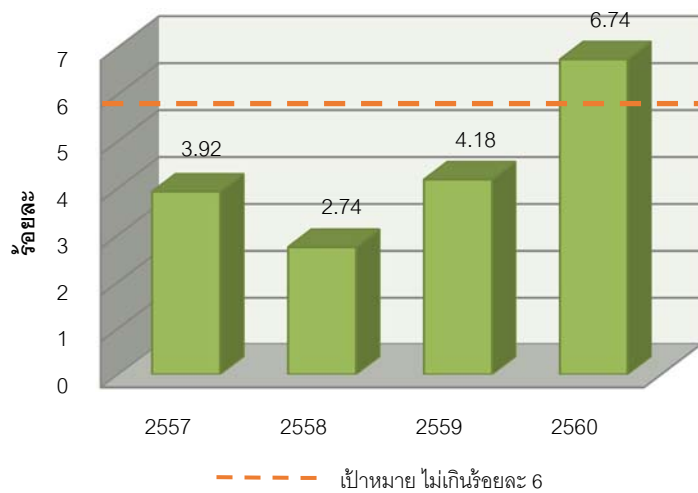
ตัวชี้วัด 7.1.6 ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด



ปีงบประมาณ	ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบ
2559	100
2560 (9 เดือน)	100

ที่มา : หน่วยการพยาบาลห้องผ่าตัด

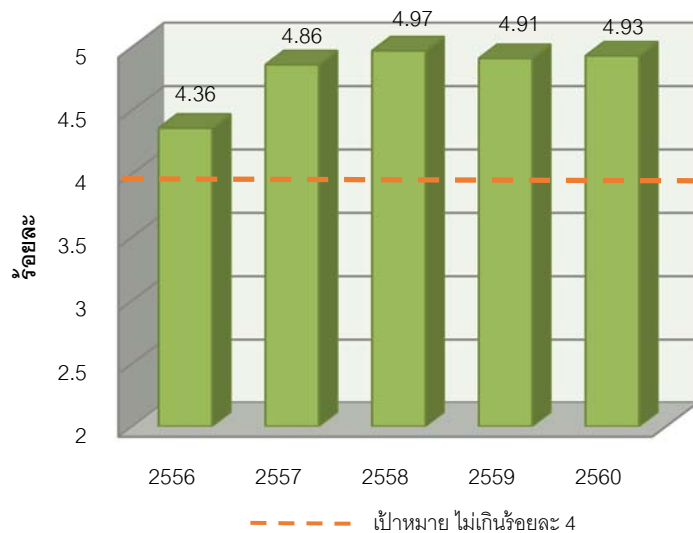
ตัวชี้วัด 7.1.7 อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน



ปีงบประมาณ	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาล
2557	3.92
2558	2.74
2559	4.18
2560 (9 เดือน)	6.74

ที่มา : หน่วยเวชระเบียนและสถิติ

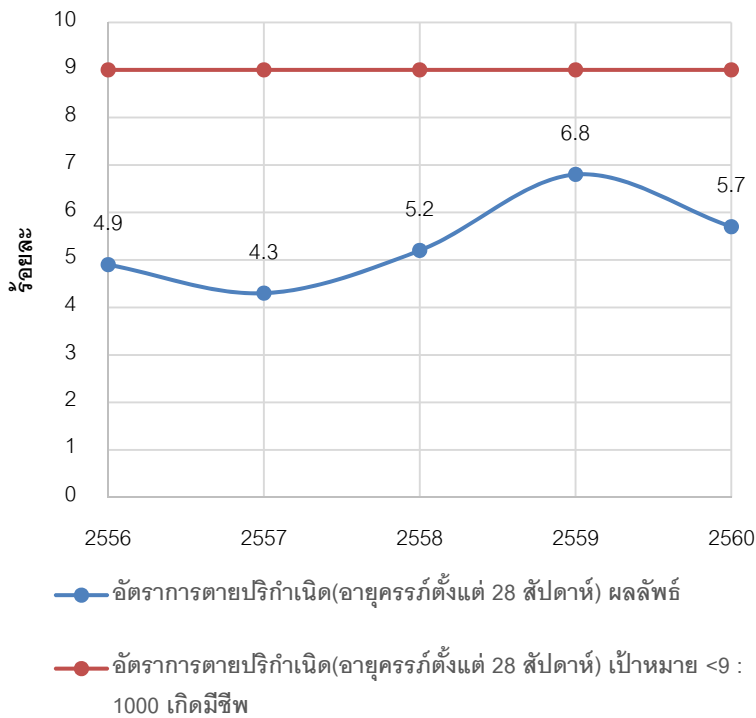
ตัวชี้วัด 7.1.8 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยรวมทุกประเภทในโรงพยาบาล



ปีงบประมาณ	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
2556	4.36
2557	4.86
2558	4.97
2559	4.91
2560 (9 เดือน)	4.93

ที่มา : หน่วยเวชระเบียนและสถิติ

ตัวชี้วัด 7.1.9 อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)



ปีงบประมาณ	ผลลัพธ์	เป้าหมาย <9 : 1000 เกิดมีชีพ
2556	4.9	9
2557	4.3	9
2558	5.2	9
2559	6.8	9
2560 (9 เดือน)	5.7	9

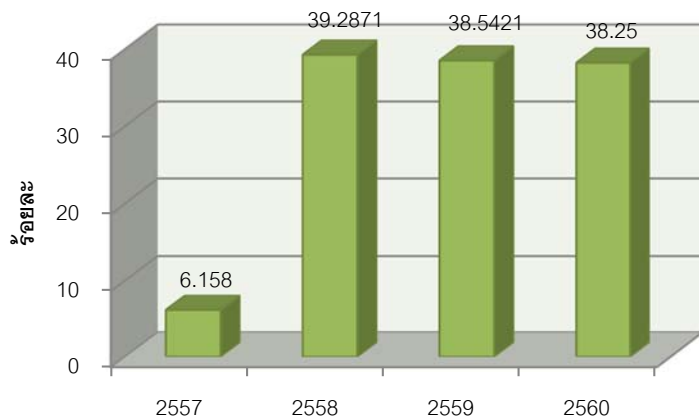
ที่มา : หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
กุมารเวชกรรม (NICU)

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.9 อัตราตายปริกำเนิด ในปี 2555 คือ 5.8 : 1000 เกิดมีชีพ ทาง PCT สูติกรรมและ PCT

กุมารเวชกรรม ได้ร่วมทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของทารกปริกำเนิด พบสาเหตุหลักเกิดจาก Preterm และภาวะ Severe Birth Asphyxia จึงมีการปรับปรุงแนวทางการป้องกันการเกิด Birth Asphyxia ใน PCT สูติกรรม และการดูแล Preterm ใน PCT กุมารเวชกรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางการปรึกษากุมารแพทย์กรณีมารดาที่มีความเสี่ยงในการคลอด กรณี Fetal distress เพื่อเตรียมพร้อมรับเด็กแรกคลอด และร่วมกันทบทวนแนวทางการรับผู้ป่วยส่งต่อจากรพ.ชุมชน โดยมีการประสานงานกับแพทย์โดยตรง รวมทั้งมี Fast tract ผ่าตัดคลอดใน 30 นาที กรณี Fetal distress เป็นต้น ทำให้ อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Severe Birth Asphyxia ลดลงเป็นลำดับ แต่สาเหตุเกิดจาก Preterm มากขึ้น โดยทารกส่วนใหญ่ น้ำหนัก < 1,000 กรัม เนื่องจากพบในมารดาต่างด้าว และมารดาที่ไม่ฝากครรภ์เพิ่มขึ้น

การพัฒนาต่อเนื่องโดยรณรงค์การฝากครรภ์คุณภาพการคัดกรองมารดากลุ่มเสี่ยงต่อ Preterm และ Fetal distress จัดทำคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงโดยมีการส่งต่อข้อมูลกับกุมารแพทย์ เพื่อวางแผนดูแลทารกในมารดาครรภ์เสี่ยงได้ทันที

ตัวชี้วัด 7.1.10 อัตรา prescribing error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)

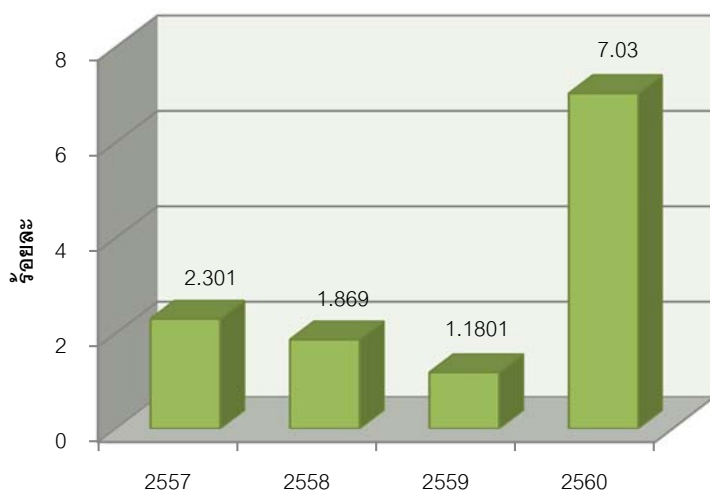


ปีงบประมาณ	อัตรา prescribing error ผู้ป่วยใน
2557	6.158
2558	39.2871
2559	38.541
2560 (9 เดือน)	38.25

ที่มา : งานเภสัชกรรม

จากตัวชี้วัด 7.1.10 อัตราความคลาดเคลื่อนการสั่งยาในผู้ป่วยในมีแนวโน้มคงที่ เนื่องจากยังไม่มีคำสั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์

ตัวชี้วัด 7.1.11 อัตรา prescribing error ผู้ป่วยนอก (/1,000 วันนอน)

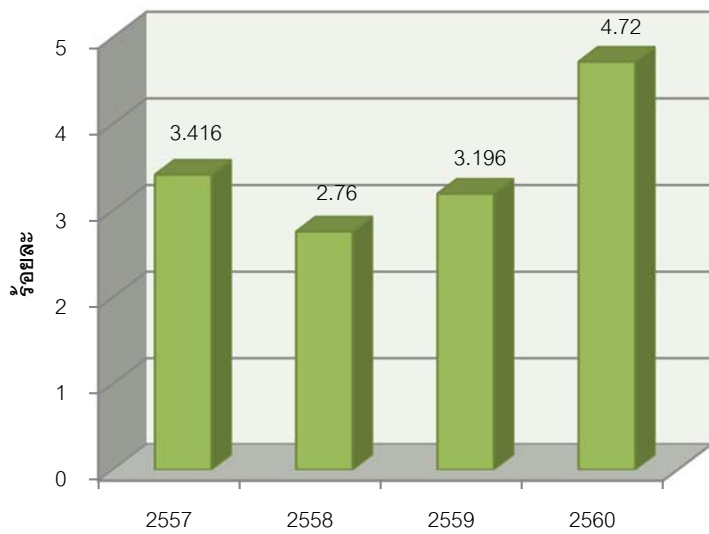


ปีงบประมาณ	อัตรา prescribing error ผู้ป่วยนอก
2557	2.301
2558	1.869
2559	1.1801
2560 (9 เดือน)	7.03

ที่มา : งานเภสัชกรรม

จากตัวชี้วัด 7.1.11 อัตราความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกมีการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์ แต่เนื่องจากระบบยังไม่เสถียรจึงยังพบความคลาดเคลื่อนอยู่

ตัวชี้วัด 7.1.12 อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)

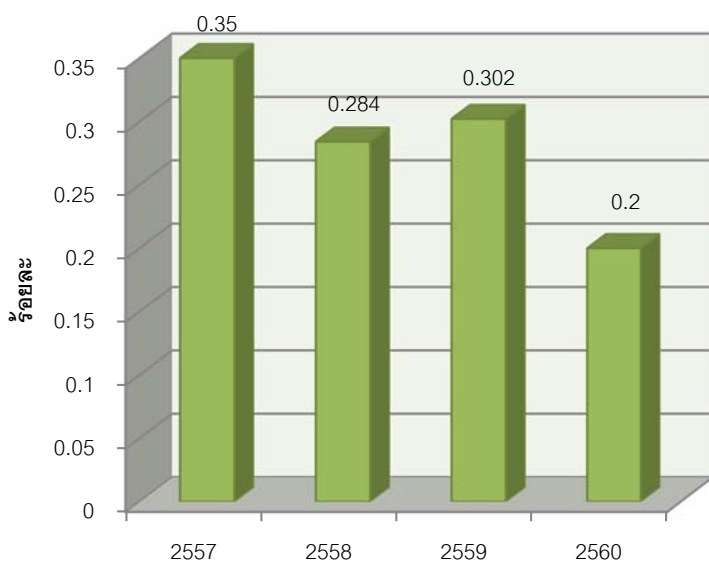


ปีงบประมาณ	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน
2557	3.416
2558	2.76
2559	3.196
2560 (9 เดือน)	4.72

ที่มา : งานเภสัชกรรม

จากตัวชี้วัด 7.1.12 อัตราความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในมีการสั่งยาด้วยคอมพิวเตอร์ลดการอ่านลายมือไม่ออก และมีเภสัชกรเข้าใหม่ยังไม่มีประสบการณ์

ตัวชี้วัด 7.1.13 อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (/1,000 วันนอน)

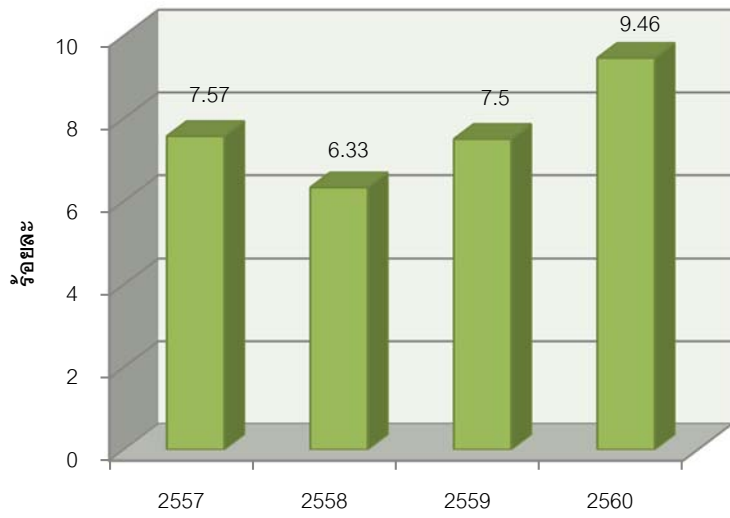


ปีงบประมาณ	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยนอก
2557	0.35
2558	0.284
2559	0.302
2560 (9 เดือน)	0.2

ที่มา : งานเภสัชกรรม

จากตัวชี้วัด 7.1.13 อัตราความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มลดลงหรือคงที่เนื่องจากการสั่งยาด้วยคอมพิวเตอร์ ลดการอ่านลายมือไม่ออก มีเภสัชกรเข้าใหม่ยังไม่มีประสบการณ์

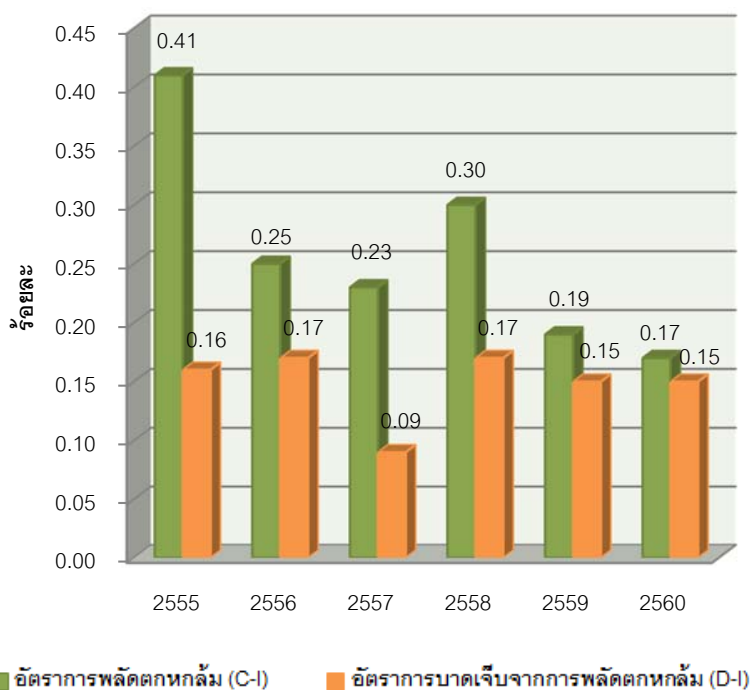
ตัวชี้วัด 7.1.14 อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)



ปีงบประมาณ	อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน
2557	7.57
2558	6.33
2559	7.5
2560 (9 เดือน)	9.46

ที่มา : งานเภสัชกรรม

ตัวชี้วัด 7.1.15 อัตราผู้ป่วยตกเตียง/พลัดตก/หกล้ม ผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน)



ปีงบประมาณ	อัตราการพลัดตกหกล้ม (C-I)	อัตราการพลัดตกหกล้ม (D-I)
2555	0.41	0.16
2556	0.25	0.17
2557	0.23	0.09
2558	0.30	0.17
2559	0.19	0.15
2560 (9 เดือน)	0.17	0.15

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล

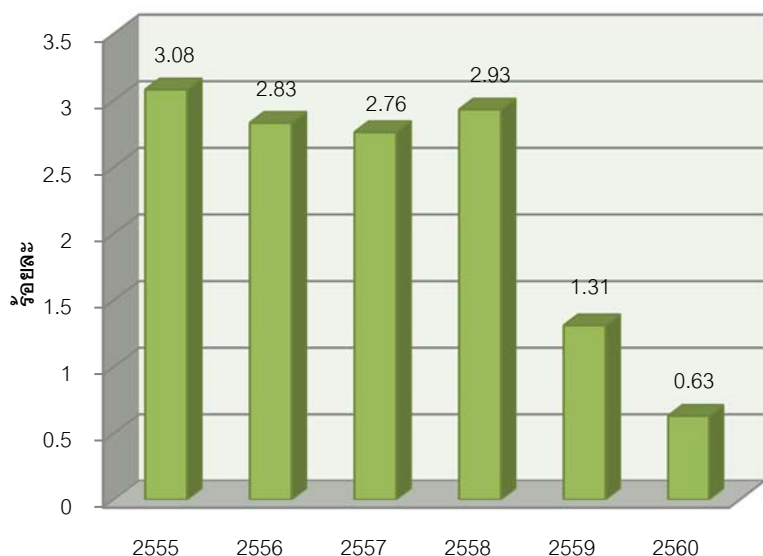
จากตัวชี้วัด 7.1.15 คณะทำงานพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัด : FALL กำหนดแนวปฏิบัติ โดยใช้ Hendrich Fall Risk Model เป็นเครื่องมือประเมินหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและเฝ้าระวัง ปรับแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง เพิ่มกิจกรรมตามรอยการปฏิบัติ ช่วยสร้างความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ มีการปรับปรุงป้ายบ่งชี้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อใช้ในการสื่อสารทั้งขณะที่อยู่ในหน่วยงานและเมื่อมีการเคลื่อนย้ายไปหน่วยงานอื่น จากผลการทบทวนอุบัติการณ์ นำมากำหนดเกณฑ์การประเมินและการประเมินซ้ำเพื่อให้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ปรับการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้มีความครอบคลุม และปรับปรุงคุณภาพของการรายงานอุบัติการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพ ให้ความรู้แก่บุคลากรโดยการทบทวนแนวทางปฏิบัติ ร่วมทบทวนอุบัติการณ์ และเป็นหัวข้อปฐมนิเทศสำหรับบุคลากรใหม่ทุกคน

การร่วมมือกับชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล นอกจากการเทียบเคียงคุณภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติแล้ว ยังมีการร่วมสร้างงานวิจัย และแลกเปลี่ยนผลงานนวัตกรรม

ผลเทียบเคียง Fall

ปี	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	โรงพยาบาล ชลประทาน	ค่าเฉลี่ย เครือข่าย
2554	อัตรา Fall C-I	0.4	0.18	0.14
	อัตรา Fall D-I	0.4	0.16	0.09
2555	อัตรา Fall C-I	0.4	0.41	0.20
	อัตรา Fall D-I	0.4	0.17	0.12
2556	อัตรา Fall C-I	0.4	0.13	0.15
	อัตรา Fall D-I	0.4	0.08	0.12
2557	อัตรา Fall C-I	0.15	0.21	0.27
	อัตรา Fall D-I	0.15	0.14	0.19
2558	อัตรา Fall C-I	0.15	N/A	N/A
	อัตรา Fall D-I	0.15	N/A	N/A
2559	อัตรา Fall C-I	0.15	N/A	N/A
	อัตรา Fall D-I	0.15	N/A	N/A
2560	อัตรา Fall C-I	0.15	N/A	N/A
	อัตรา Fall D-I	0.15	N/A	N/A

ตัวชี้วัด 7.1.16 อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล



ปีงบประมาณ	อัตราการเกิดแผลกดทับ
2555	3.08
2556	2.83
2557	2.76
2558	2.93
2559	1.31
2560 (9 เดือน)	0.63

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล

จากตัวชี้วัด 7.1.16 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้มีการแต่งตั้ง

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัด : Pressure sore โดยมีตัวแทนพยาบาลจากทุกหน่วยงานเข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมวางแผนงาน กำหนดแนวทางปฏิบัติ สร้างการเรียนรู้ กระตุ้นให้มีการสร้างนวัตกรรม/CQI นิเทศการปฏิบัติตามแนวทาง ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่รายงานมายังฝ่ายการพยาบาลและนำมาวางแผนปรับปรุงเป็นระยะๆ แนวปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้ Barden scale เป็นเกณฑ์ในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง คณะทำงานมีการตามรอยการปฏิบัติ คู่กับการนิเทศโดยหัวหน้าเพื่อดูแลกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทาง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติร่วมกับชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล และเทียบเคียงคุณภาพโดยการสำรวจความชุกของแผลกดทับ ผลลัพธ์ดังนี้

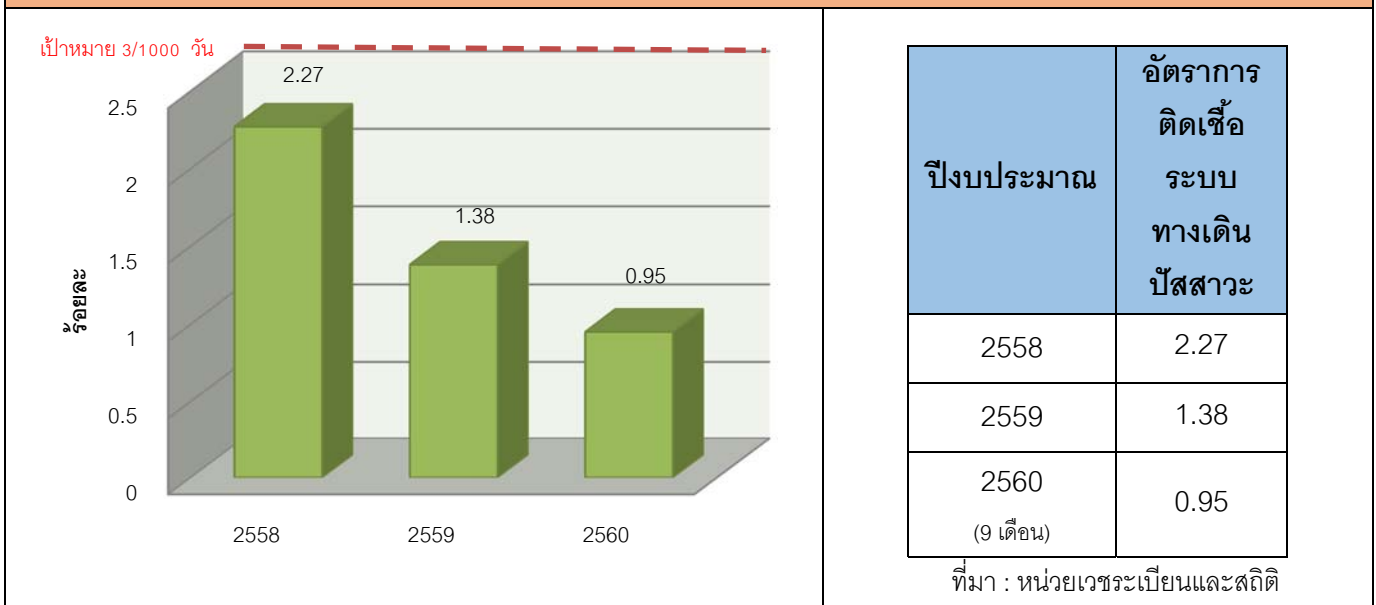
ตัวชี้วัด	56	57	58		59		60
			รอบ 1	รอบ 2	รอบ 1	รอบ 2	
อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดใน รพ.	6.47	6.04	4.25	4.05	3.28	5.03	2.7
อัตราความชุกแผลกดทับทั้งหมด	17.65	15.9	8.15	8.78	9.87	8.81	12.16

จากการสำรวจความชุกของแผลกดทับ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอัตราค่อนข้างสูง ปี 2557 ฝ่ายการพยาบาลจึงได้ร่วมมือกับสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในการให้ความรู้แก่ชุมชน

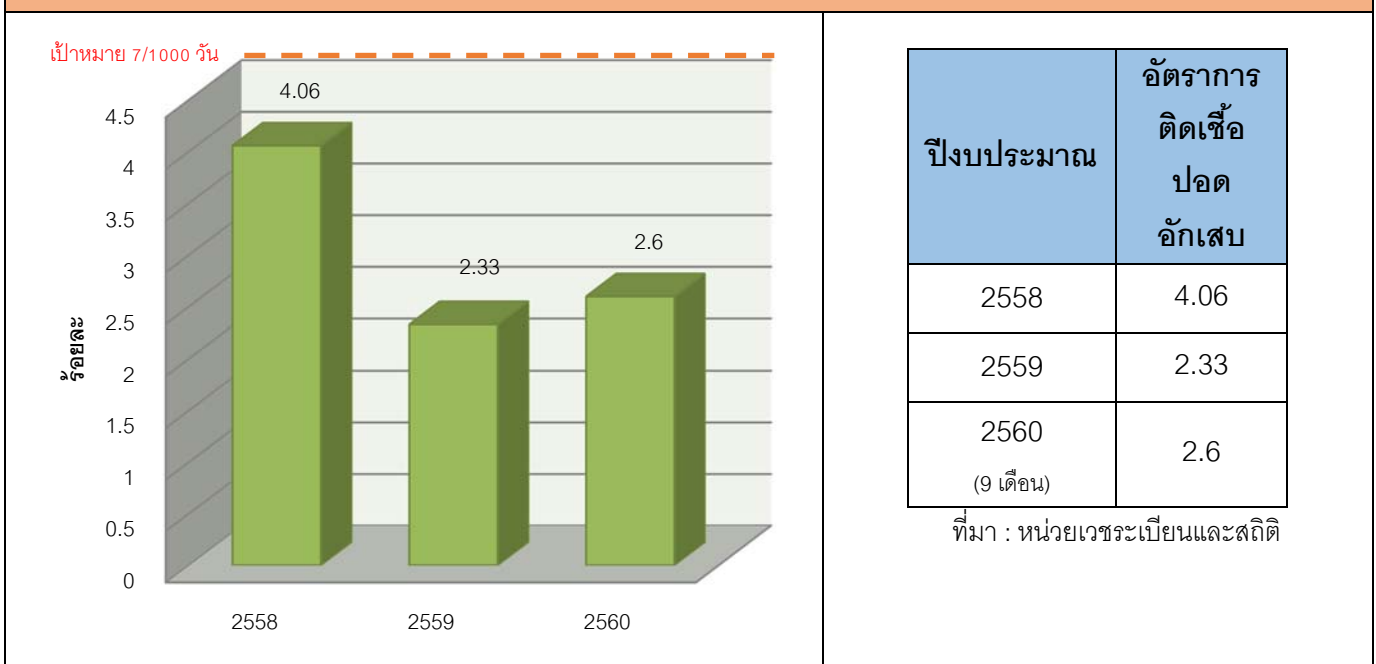
ตารางแสดงผลการเทียบเคียงในชมรมเครือข่ายฯ

ตัวชี้วัด (เทียบเคียงชมรมเครือข่ายฯ)	เป้าหมาย	ภาพรวมชมรมเครือข่ายฯ		โรงพยาบาลชลประทาน	
		รอบ 1/59	รอบ 2/59	รอบ 1/59	รอบ 2/59
อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดใน รพ.	≤ 5 %	4.02	4.18	3.28	5.03
อัตราความชุกแผลกดทับทั้งหมด	≤ 10 %	8.33	9.06	9.87	8.81

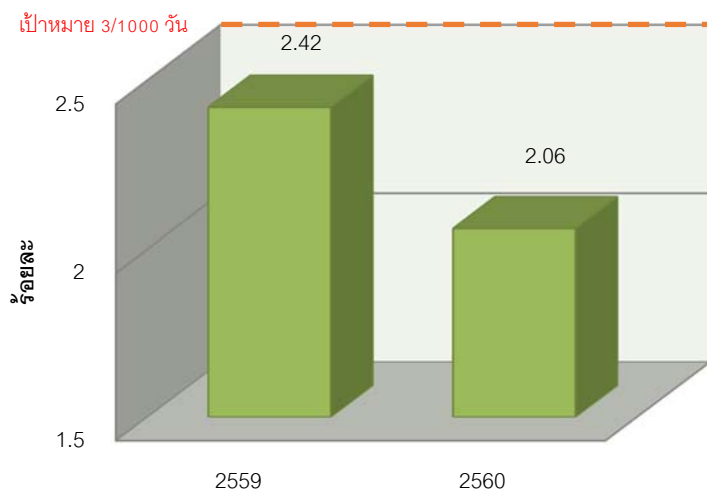
ตัวชี้วัด 7.1.17 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)



ตัวชี้วัด 7.1.18 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)



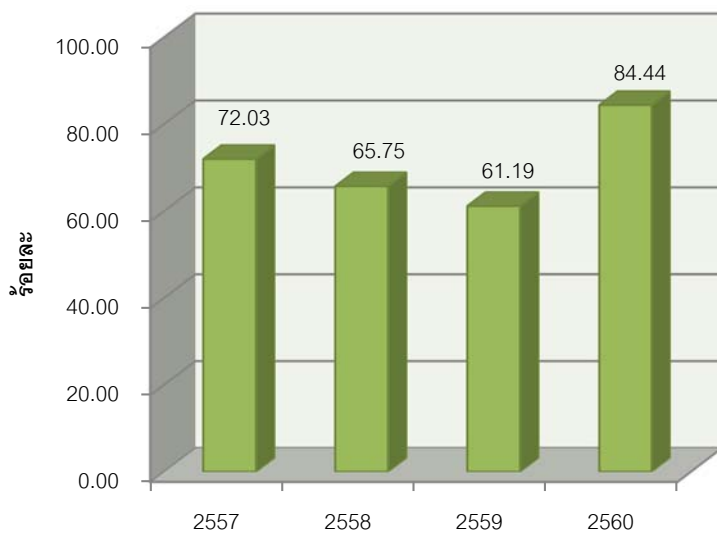
ตัวชี้วัด 7.1.19 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)



ปีงบประมาณ	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด
2559	2.42
2560 (9 เดือน)	2.06

ที่มา : หน่วยเวชระเบียนและสถิติ

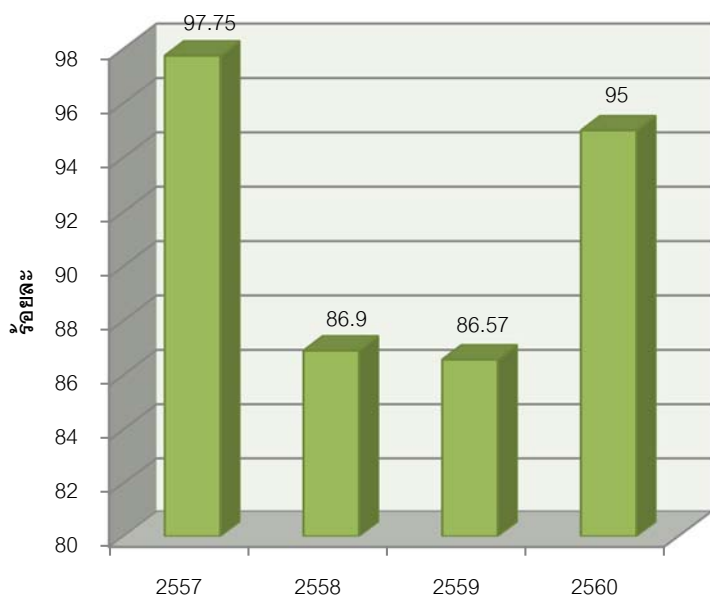
ตัวชี้วัด 7.1.20 ร้อยละของ case เยี่ยมบ้านที่สามารถปิด case ได้เนื่องจากบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันไว้



ปีงบประมาณ	ร้อยละของ case เยี่ยมบ้านที่สามารถปิด case ได้
2557	72.03
2558	65.75
2559	61.19
2560 (9 เดือน)	84.44

ที่มา : สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

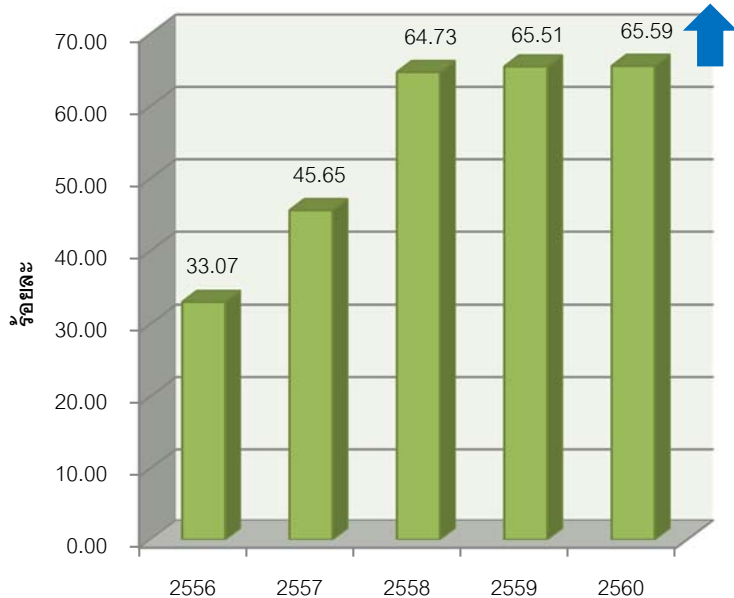
ตัวชี้วัด 7.1.21 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ set เยี่ยมบ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้านจริง



ปีงบประมาณ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ set เยี่ยมบ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้านจริง
2557	97.75
2558	86.9
2559	86.57
2560 (9 เดือน)	95

ที่มา : สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

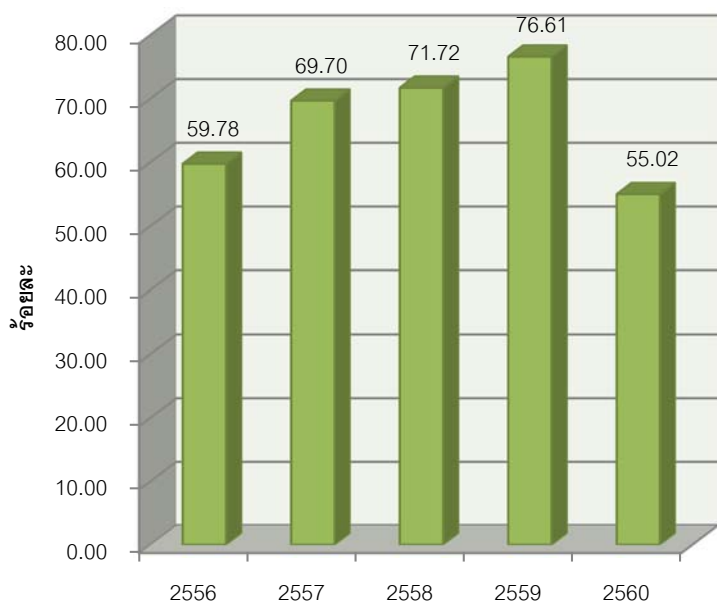
ตัวชี้วัด 7.1.22 อัตราการรายงานข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก



ปีงบประมาณ	อัตราการรายงานข้อมูลความเสี่ยงเชิงรุก
2556	33.07
2557	45.65
2558	64.73
2559	65.51
2560 (9 เดือน)	65.59

ที่มา : งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

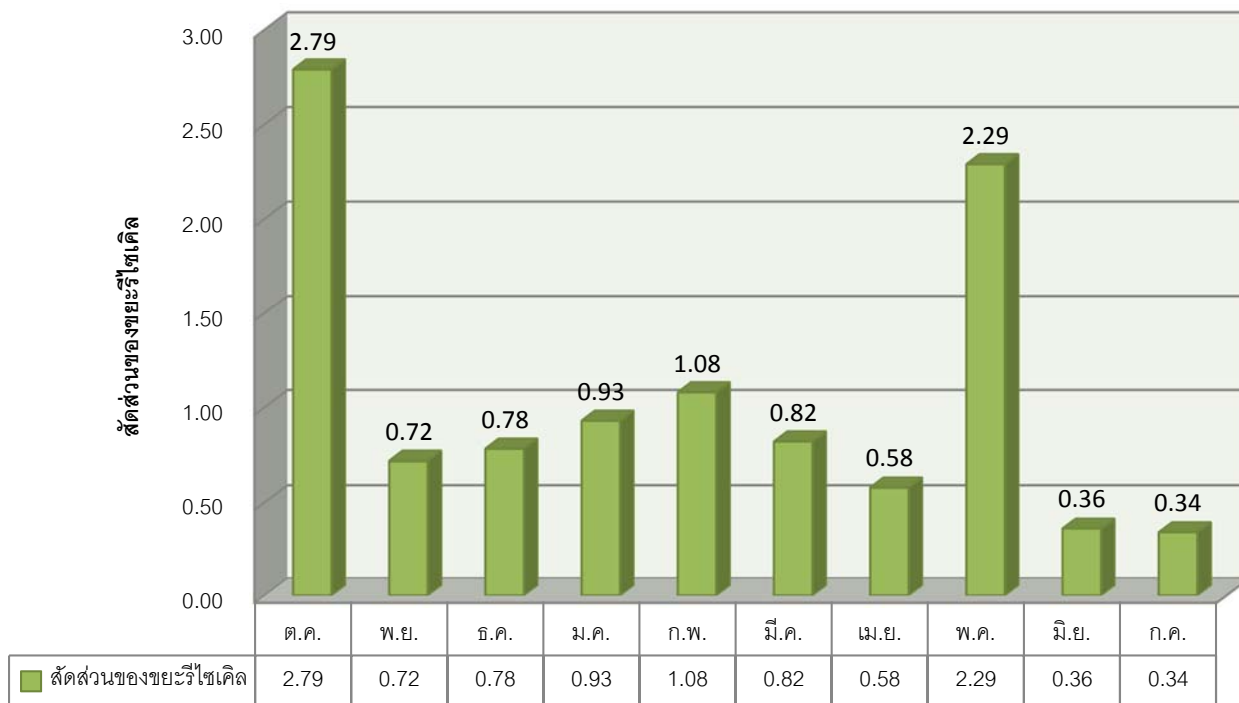
ตัวชี้วัด 7.1.23 อัตราการการตอบกลับอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป



ปีงบประมาณ	อัตราการการตอบกลับอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป
2556	59.78
2557	69.70
2558	71.72
2559	76.61
2560 (9 เดือน)	55.02

ที่มา : งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

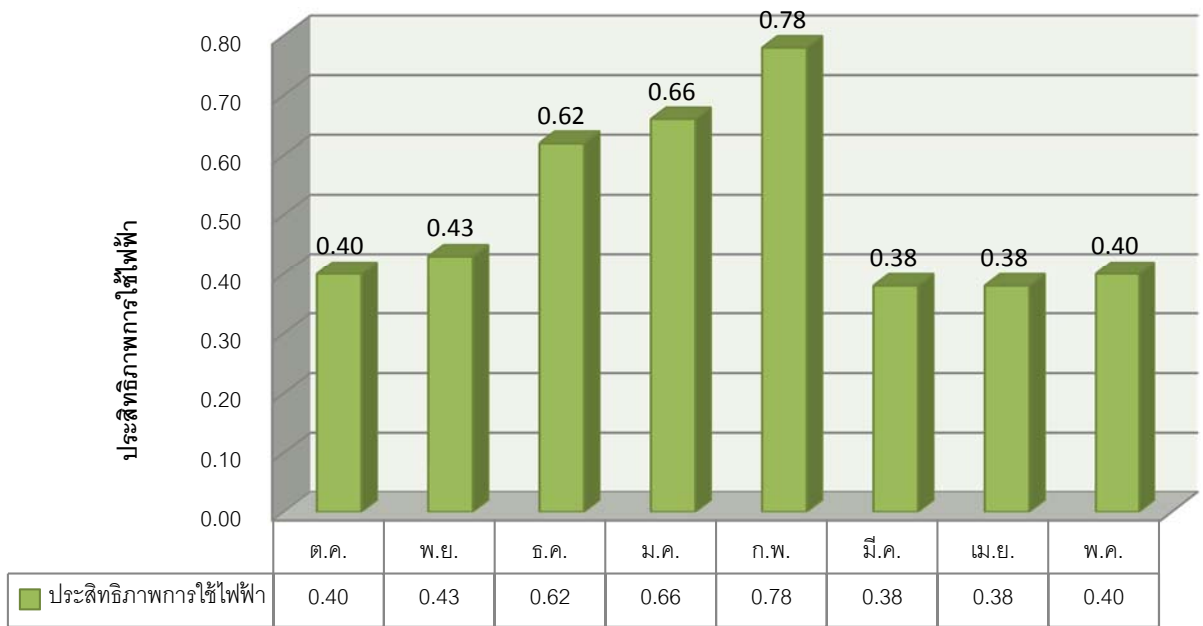
ตัวชี้วัด 7.1.24 สัดส่วนของขยะรีไซเคิล ปีงบประมาณ 2560



ที่มา : งานกายภาพและสิ่งแวดล้อม

หมายเหตุ ตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560

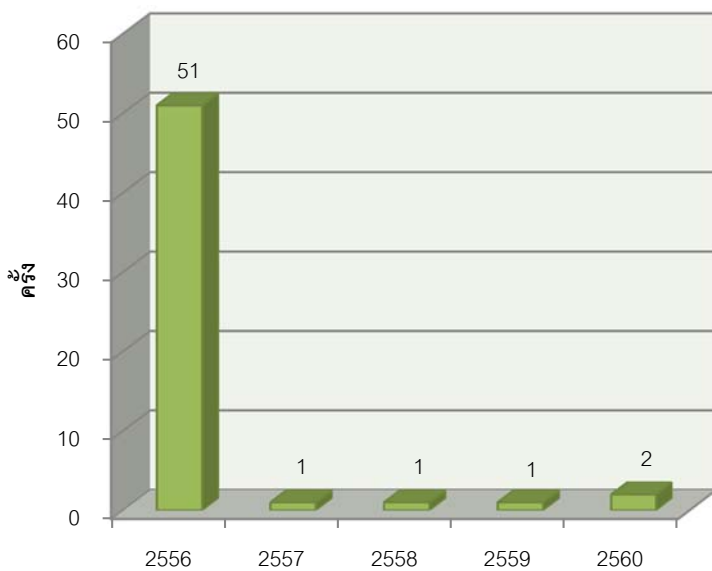
ตัวชี้วัด 7.1.25 ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ปีงบประมาณ 2560



ที่มา : งานซ่อมบำรุง

หมายเหตุ ตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560

ตัวชี้วัด 7.1.26 Information systems down time

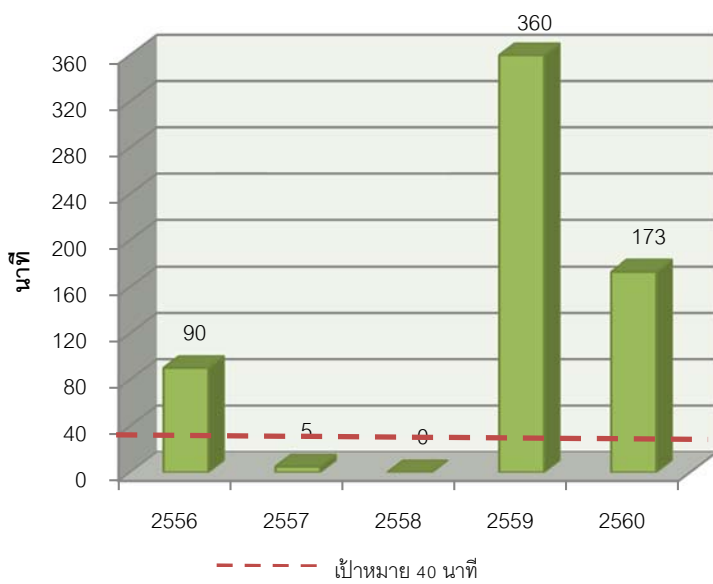


ปีงบประมาณ	Information systems down time
2556	51
2557	1
2558	1
2559	1
2560 (9 เดือน)	2

ที่มา : งานสื่อและสารสนเทศ

จากตัวชี้วัด 7.1.26 ในปีงบประมาณ 2556 ได้มีจำนวนที่ระบบไม่ทำงาน 51 ครั้ง เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้อยู่เดิมไม่เสถียร ต่อมาในปีงบประมาณ 2557 จึงเปลี่ยนโปรแกรมในการบริการผู้ป่วยเป็น HosXP V.3 ส่งผลให้จำนวนครั้งที่ระบบไม่ทำงานเกิดขึ้นเพียง 1 - 2 ครั้ง

ตัวชี้วัด 7.1.27 Information systems response time

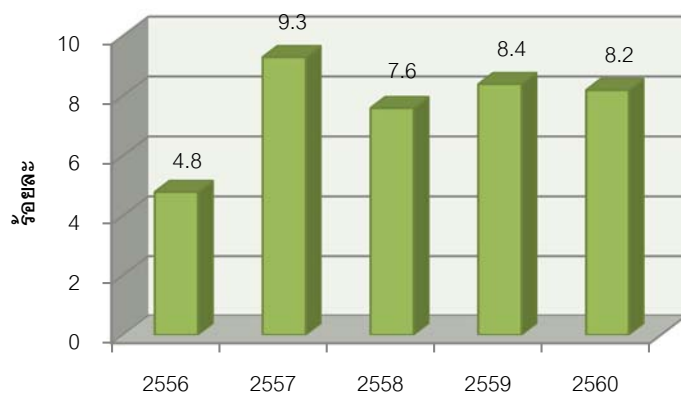


ปีงบประมาณ	Information systems response time
2556	90
2557	5
2558	0
2559	360
2560 (9 เดือน)	173

ที่มา : งานสื่อและสารสนเทศ

จากตัวชี้วัด 7.1.27 ในปีงบประมาณ 2556 เมื่อระบบคอมพิวเตอร์ไม่สามารถทำงานได้ ระบบสารสนเทศสามารถกู้ระบบให้กลับมาใช้งานได้ภายใน 90 นาที และต่อมาในปีงบประมาณ 2559 ได้เปลี่ยนโปรแกรมในการบริการผู้ป่วยเป็น HOSxPX4 ทำให้ระบบจำเป็นต้องหยุดทำงานส่งผลให้เวลาในการตอบสนองมากเนื่องจากต้องรอรระบบพร้อมใช้งาน ในปีงบประมาณ 2560 มีข้อบกพร่องของ Generator ระบบไฟฟ้าทำให้ไฟฟ้าดับนาน

ตัวชี้วัด 7.1.28 อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร

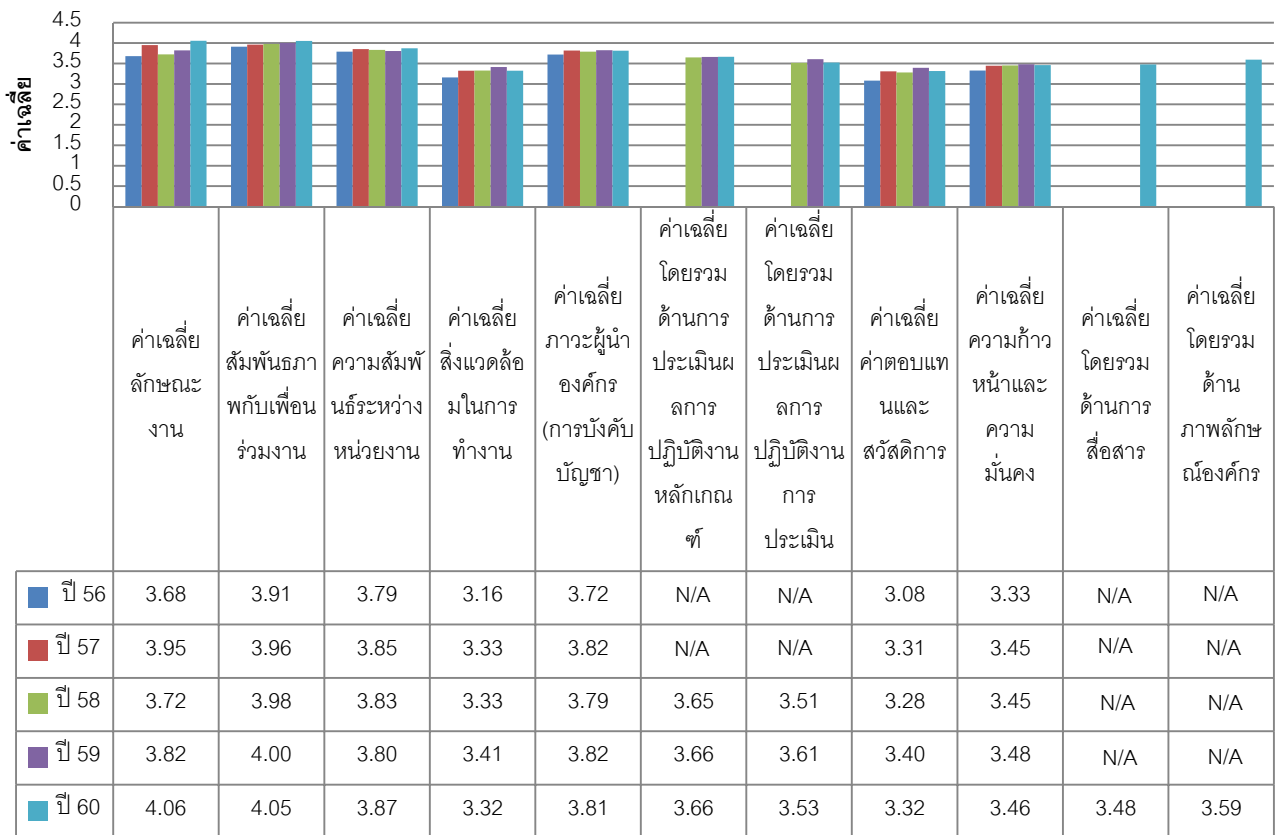


ปีงบประมาณ	อัตราการลาออก
2556	4.8
2557	9.3
2558	7.6
2559	8.4
2560 (9 เดือน)	8.2

ที่มา : งานทรัพยากรบุคคล

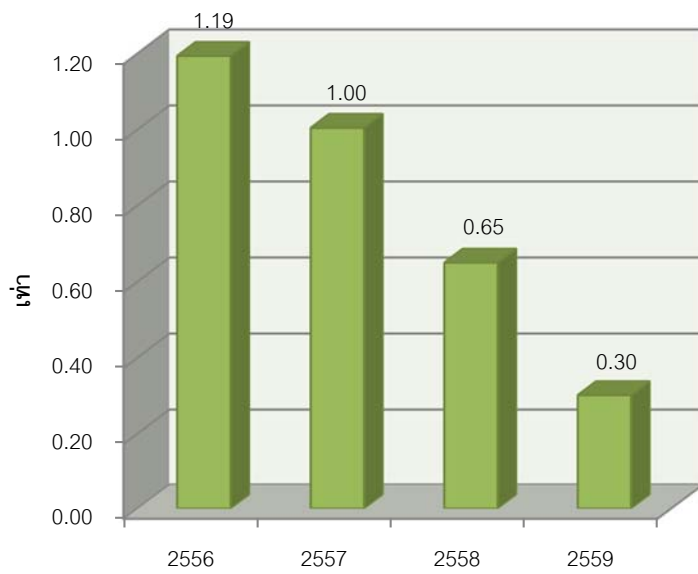
จากตัวชี้วัด 7.1.28 อัตราการลาออกของแพทย์ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีอัตราและทุนส่งให้ศึกษาต่อในสาขาต่างๆ ส่วนพยาบาลและสายสนับสนุนทางการแพทย์ สาเหตุที่ลาออกเนื่องจากขาดเงินทุนครบแล้วกลับไปทำงานภูมิลำเนา บรรจุเป็นข้าราชการ ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนพยาบาลเกษียณอายุจำนวนเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัด 7.1.29 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร



จากตัวชี้วัด 7.1.29 ผลการสำรวจพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจบุคลากรส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและด้านภาวะผู้นำองค์กร (การบังคับบัญชา) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่อยู่ระดับปานกลางได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานและด้านคำตอบแทนและสวัสดิการ โดยทีมผู้บริหารมีนโยบายแก้ไขและมีการสื่อสารให้บุคลากรรับทราบซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการก่อสร้างทำให้การจราจร ไม่สะดวก ในเรื่องสวัสดิการด้านต่างพิจารณาปรับปรุงให้ดีขึ้น

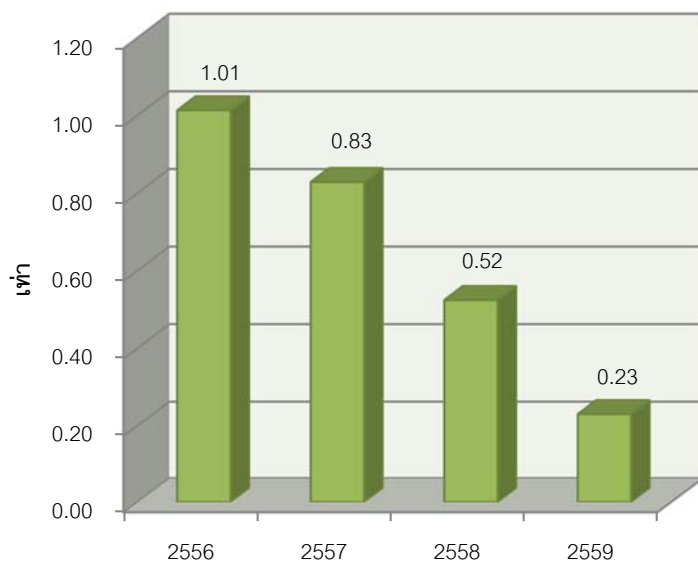
ตัวชี้วัด 7.1.30 Current ratio



ปีงบประมาณ	Current ratio
2556	1.19
2557	1.00
2558	0.65
2559	0.30

ที่มา : งานคลัง

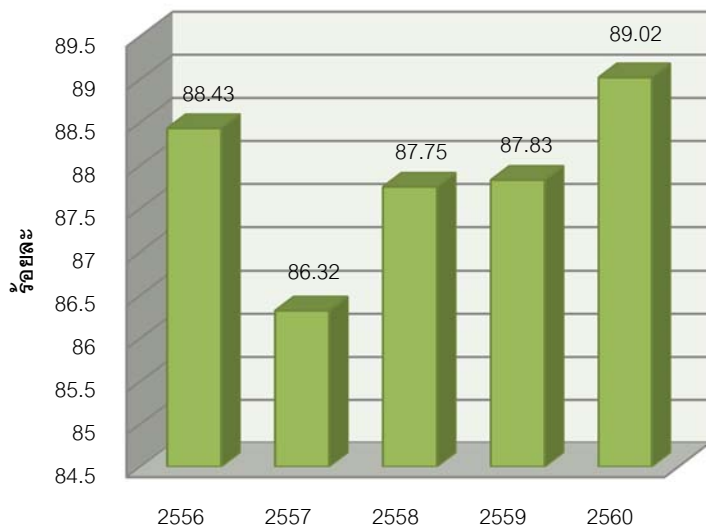
ตัวชี้วัด 7.1.31 Quick ratio



ปีงบประมาณ	Quick ratio
2556	1.01
2557	0.83
2558	0.52
2559	0.23

ที่มา : งานคลัง

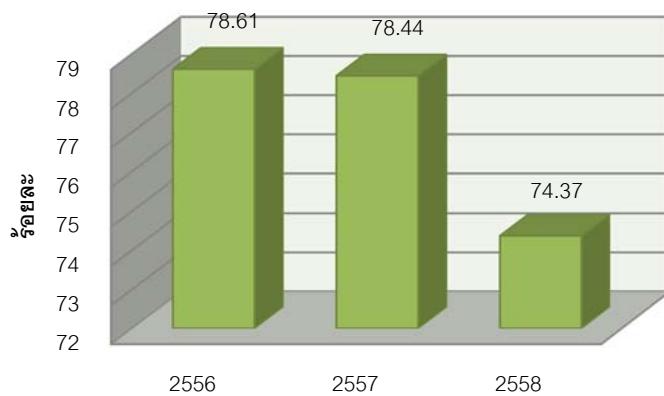
ตัวชี้วัด 7.1.32 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.



ปีงบประมาณ	อัตราความสมบูรณ์ ของเวชระเบียน ผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.
2556	88.43
2557	86.32
2558	87.75
2559	87.83
2560	89.02

ที่มา : หน่วยเวชระเบียนและสถิติ

ตัวชี้วัด 7.1.33 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



ปีงบประมาณ	อัตราความสมบูรณ์ ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก
2556	78.61
2557	78.44
2558	74.37

ที่มา : หน่วยเวชระเบียนและสถิติ

ตัวชี้วัด 7.1.34 ร้อยละของหัวข้อการสอนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ					
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2556	2557	2558	2559	2560 (9 เดือน)
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	N/A	20.17
ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน					

จากตัวชี้วัด 7.1.34 ในปีงบประมาณ 2556 - 2559 ยังไม่ได้เริ่มการสอนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560 มีผลการดำเนินงานร้อยละ 20.17

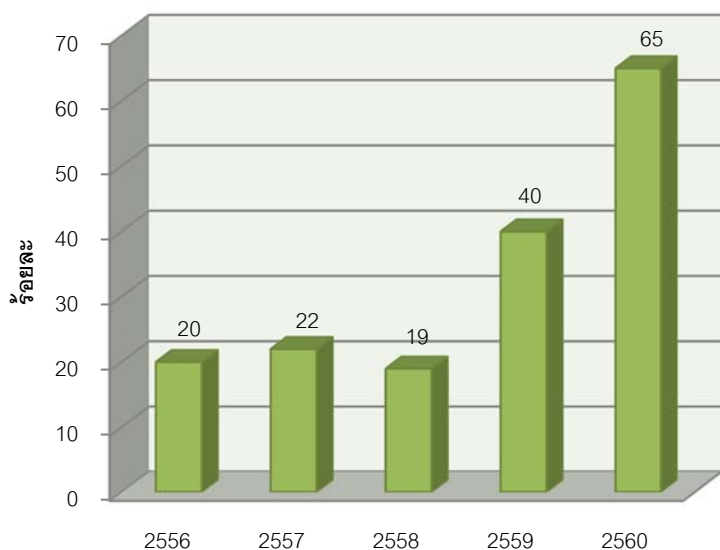
หมายเหตุ ตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560

ตัวชี้วัด 7.1.35 จำนวนสาขาวิชาที่ใช้ระบบการประเมินออนไลน์					
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2556	2557	2558	2559	2560 (9 เดือน)
จำนวน	N/A	N/A	N/A	N/A	5 สาขาวิชา
ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน					

จากตัวชี้วัด 7.1.35 ในปีงบประมาณ 2556- 2559 ยังไม่ได้ดำเนินการใช้ระบบการประเมินออนไลน์ซึ่งได้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 5 สาขาวิชาที่ได้ดำเนินการได้แก่ สาขาวิชาอายุรกรรม สาขาวิชาสูติ - นรีเวชกรรม สาขาวิชาศัลยกรรม สาขาวิชากุมารเวชกรรม สาขาวิชาจักษุวิทยา

หมายเหตุ ตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2560

ตัวชี้วัด 7.1.36 จำนวนอาจารย์ที่ได้รับการทบทวนความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษา

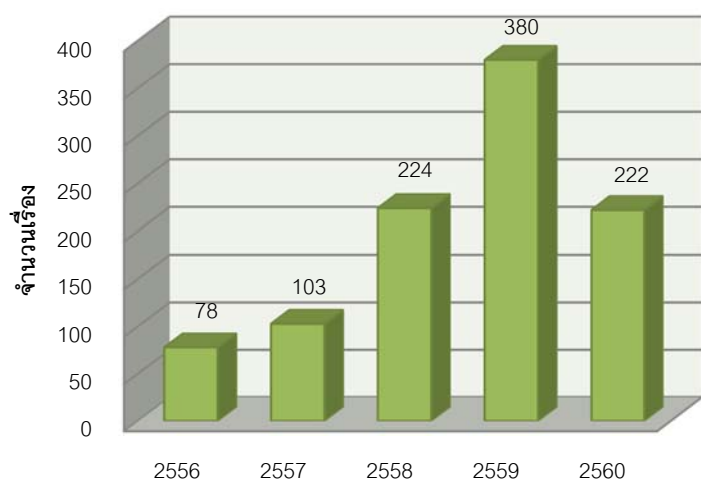


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2556	20
2557	22
2558	19
2559	40
2560 (9 เดือน)	65

ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน

จากตัวชี้วัด 7.1.36 ในช่วงปี 2556-2558 การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาจารย์ยังมีเพียง 1-2 โครงการ จัดโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทำให้ผู้เข้าร่วมมีจำนวนน้อย แต่ในช่วงปี 2559 เป็นต้นมา มีการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพอาจารย์เพิ่มมากขึ้น และจัดโดยงานแพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลชลประทาน ทำให้จำนวนอาจารย์มีแนวโน้มเข้าร่วมอบรมมากยิ่งขึ้น

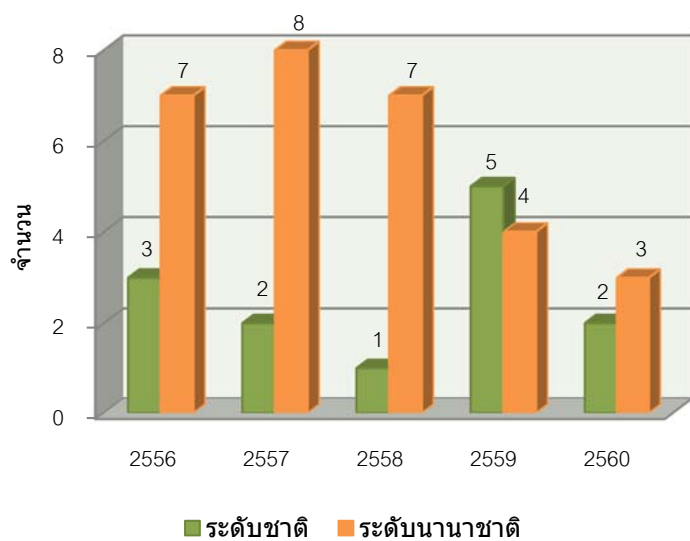
ตัวชี้วัด 7.1.37 จำนวนเรื่องที่ให้บริการสืบค้นสารสนเทศและเอกสารฉบับเต็ม (Full text)



ปีงบประมาณ	จำนวนเรื่อง
2556	78
2557	103
2558	224
2559	380
2560 (9 เดือน)	222

ที่มา : งานห้องสมุด

ตัวชี้วัด 7.1.38 จำนวนงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

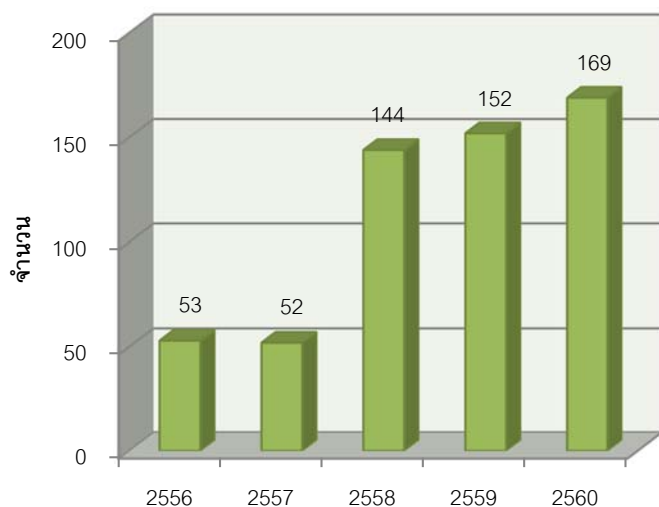


ปี พ.ศ.	จำนวนผลงานวิจัย	
	ระดับชาติ	ระดับนานาชาติ
2556	3	7
2557	2	8
2558	1	7
2559	5	4
2560 (9 เดือน)	2	3

ที่มา : งานวิจัย

จากตัวชี้วัด 7.1.38 จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์อยู่ในระดับคงที่ โดยส่วนใหญ่ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์จะอยู่ในวารสารที่อยู่ในฐานระดับนานาชาติ เช่น ฐานข้อมูล scopus

ตัวชี้วัด 7.1.39 จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำวิจัย

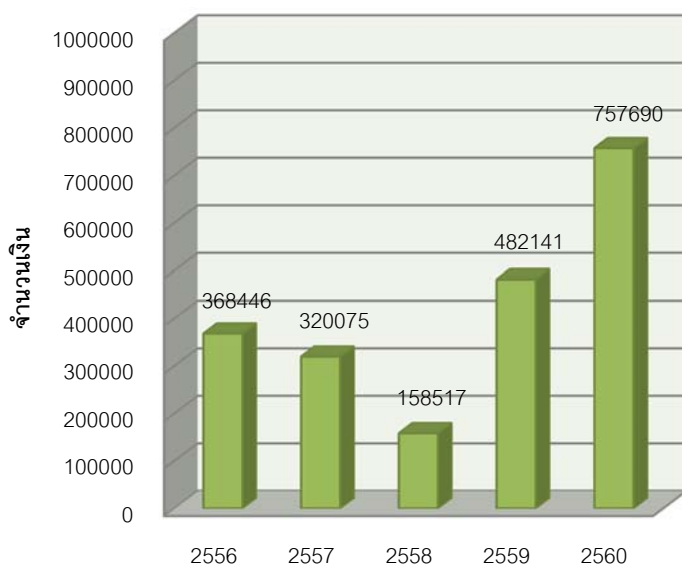


ปีงบประมาณ	จำนวนผู้เข้ารับการอบรม
2556	53
2557	52
2558	144
2559	152
2560 (9 เดือน)	169

ที่มา : งานวิจัย

จากตัวชี้วัด 7.1.39 งานวิจัยได้จัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการทำวิจัยให้กับบุคลากรของโรงพยาบาลชลประทานเป็นประจำทุกปี โดยจำนวนผู้เข้ารับการอบรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี

ตัวชี้วัด 7.1.40 จำนวนเงินสนับสนุนการทำวิจัย

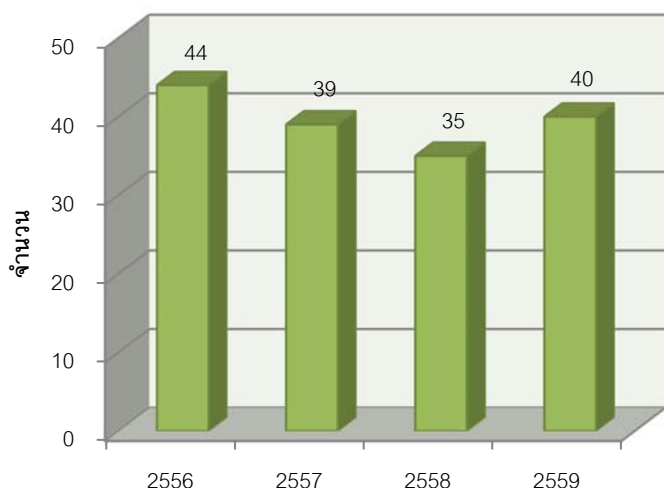


ปีงบประมาณ	จำนวนเงินสนับสนุนการวิจัย
2556	368,446
2557	320,075
2558	158,517
2559	482,141
2560 (9 เดือน)	757,690

ที่มา : งานวิจัย

จากตัวชี้วัด 7.1.40 โรงพยาบาลชลประทานได้จัดสรรจัดงบประมาณสำหรับสนับสนุนการดำเนินงานโครงการวิจัยของบุคลากร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2560 มีจำนวนเงินที่ได้รับการอนุมัติเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในส่วนปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนเงินสนับสนุนประมาณ 150,000 บาท เนื่องจากมีการขอทุนสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยต่อ 1 โครงการใช้งบประมาณในการดำเนินงานวิจัยน้อย แต่จำนวนโครงการวิจัยไม่ได้ลดลง

ตัวชี้วัด 7.1.41 การอบรมจริยธรรมการวิจัยเบื้องต้น



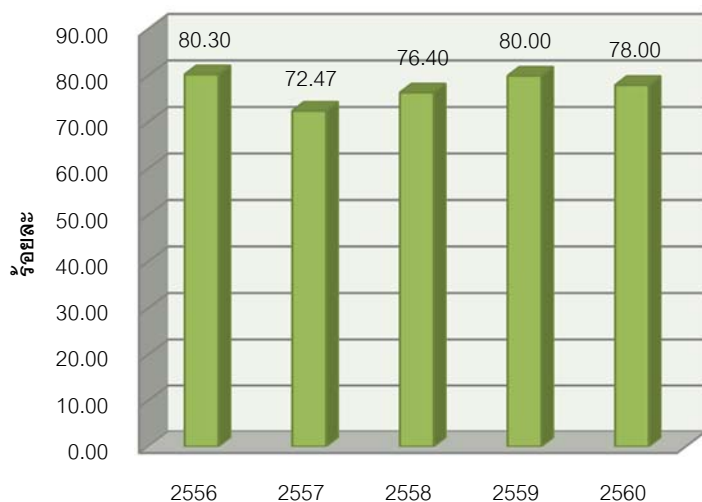
ปีงบประมาณ	จำนวนผู้เข้ารับการอบรม
2556	44
2557	39
2558	35
2559	40

ที่มา : งานวิจัย

จากตัวชี้วัด 7.1.41 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเห็นถึงความสำคัญของจริยธรรมการในการวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งที่นักวิจัยควรคำนึงถึงมากที่สุด จึงได้จัดโครงการอบรมจริยธรรมการวิจัยเบื้องต้น โดยที่ผ่านมีนักวิจัยให้ความสนใจเข้ารับการอบรมร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้

7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า

ตัวชี้วัด 7.2.1 ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)

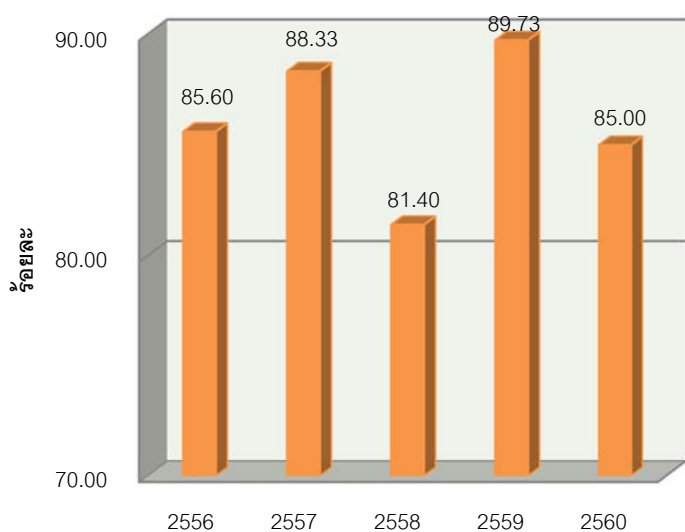


ปีงบประมาณ	ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน
2556	80.30
2557	72.47
2558	76.40
2559	80.00
2560	78.00

ที่มา : งานทรัพยากรบุคคล

จากตัวชี้วัด 7.2.1 จากผลการสำรวจพบว่า ร้อยละของผู้รับบริการผู้ป่วยมีความพึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับความใกล้เคียงกัน สิ่งที่ควรพัฒนาในผู้รับบริการผู้ป่วยOPD ได้แก่ ระยะเวลาการรอตรวจและรอรับยา การปรับปรุงห้องน้ำที่ให้บริการ โรงพยาบาลมีนโยบายปรับปรุงระบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า และปรับปรุงห้องน้ำ

ตัวชี้วัด 7.2.2 ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน (ภาพรวม)



ปีงบประมาณ	ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน
2556	85.60
2557	88.33
2558	81.40
2559	89.73
2560	85.00

ที่มา : งานทรัพยากรบุคคล

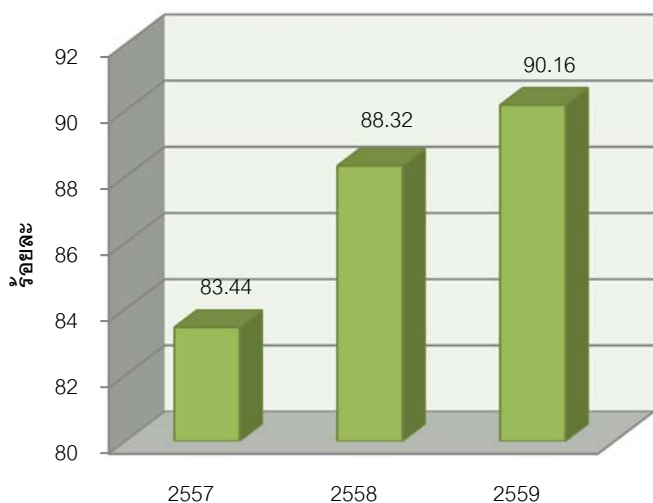
จากตัวชี้วัด 7.2.2 จากผลการสำรวจพบว่าผู้รับบริการผู้ป่วยในมีความพึงพอใจอยู่ระดับดีมาก

ตัวชี้วัด 7.2.3 การประเมินความพึงพอใจการให้บริการของผู้ประสานงานวิจัย

หัวข้อการประเมิน	ร้อยละ
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยกิริยา มารยาท วาจาสุภาพ อธิบายดี ยิ้มแย้มแจ่มใสในการบริการ	96.8
2. เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการติดต่อประสานงาน พร้อมให้คำแนะนำได้ถูกต้อง ชัดเจน	94
3. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับงานวิจัยของเจ้าหน้าที่	93
4. การให้บริการการให้ข้อมูลและการประสานงานของเจ้าหน้าที่สำนักงานฯ ในการขออนุมัติ ทุนอุดหนุนการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลชลประทาน	93.5
5. การให้บริการของเจ้าหน้าที่งานวิจัย	92
6. การจัดกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย	96.8
7. งานวิจัยมีสถานที่สะอาด กว้างขวาง เหมาะสม	96.7
สรุปความพึงพอใจในภาพรวม	90.4

ที่มา : งานวิจัย

ตัวชี้วัด 7.2.4 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน

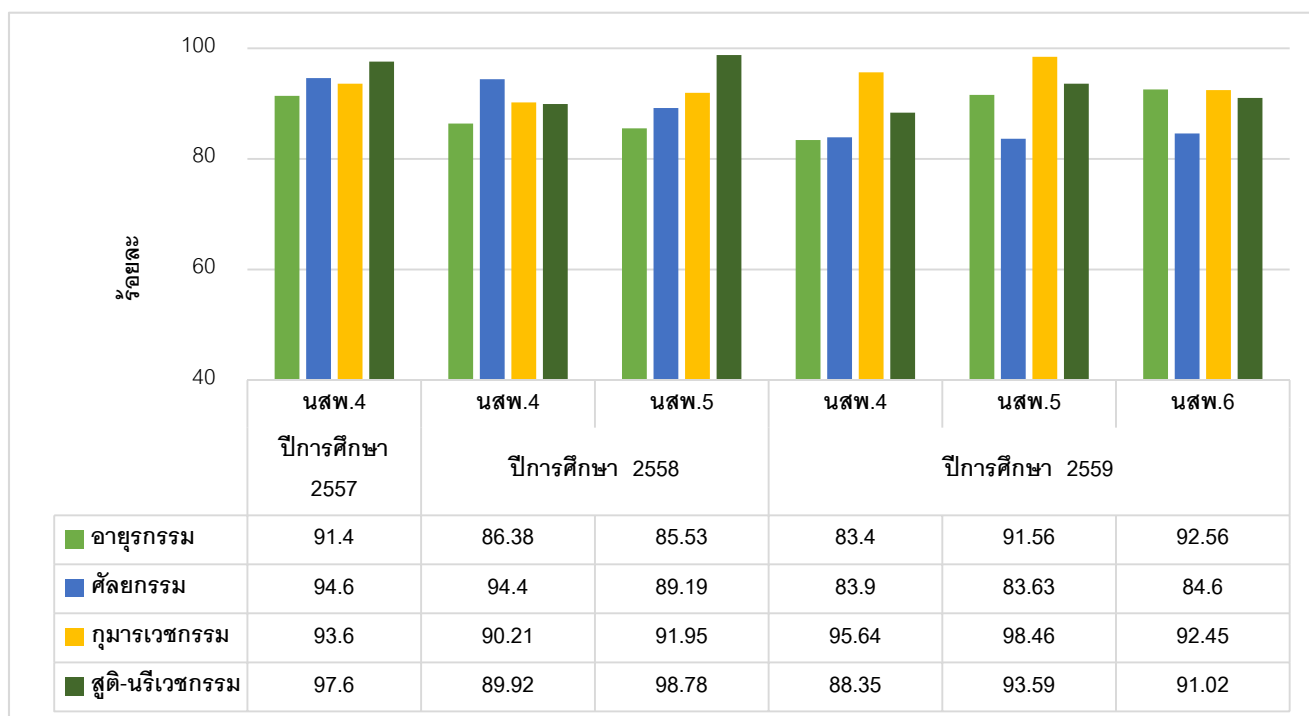


ปีงบประมาณ	ร้อยละความพึงพอใจ
2557	83.44
2558	88.32
2559	90.16

ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน

จากตัวชี้วัด 7.2.4 จากผลการสำรวจพบว่าคะแนนความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน ในปีการศึกษา 2557 พบว่าระดับความพึงพอใจเท่ากับร้อยละ 83.44 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ และได้มีการปรับปรุงเรื่องห้อง Common room บริเวณหอพักนิสิตแพทย์ อาคารเรียนและปฏิบัติการ ทำให้ปีการศึกษา 2558 มีผลคะแนนสูงขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 88.32 และในปีการศึกษา 2560 สูงเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 90.16

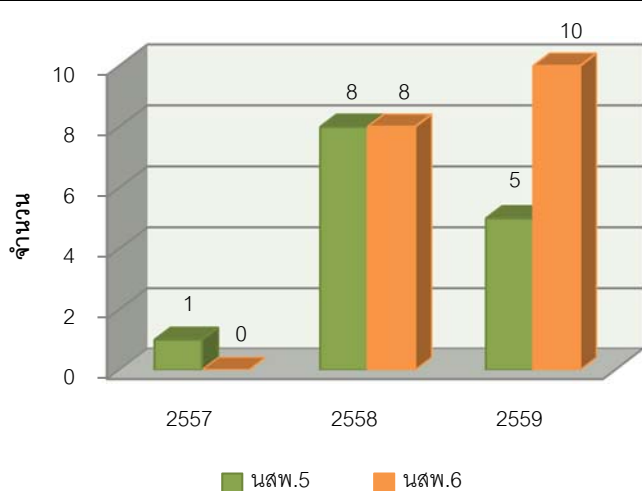
ตัวชี้วัด 7.2.5 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม



ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน

จากตัวชี้วัด 7.2.5 จากผลการสำรวจพบว่าคะแนนความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม ใน 4 สาขาวิชาคือ อายุรกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม, สูติ-นรีเวชกรรม โดยในปีการศึกษา 2557 เป็นผลคะแนนความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2558 เป็นผลความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 และ 5 ในปีการศึกษา 2559 เป็นผลความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4, 5 และ 6

ตัวชี้วัด 7.2.6 จำนวนนิสิตแพทย์ มศว เรียนรายวิชาเลือก ณ โรงพยาบาลชลประทาน

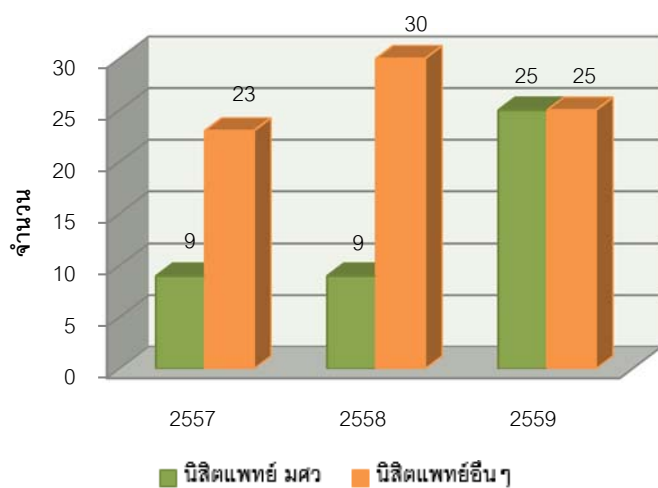


ปีการศึกษา	นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5	นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6
2557	1	0
2558	8	8
2559	5	10

ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน

จากตัวชี้วัด 7.2.6 แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 และ 6 ที่เลือกมาศึกษารายวิชาเลือกในสาขาวิชาต่างๆ ณ โรงพยาบาลชลประทาน โดยความสมัครใจ

ตัวชี้วัด 7.2.7 จำนวนนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 สมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนโรงพยาบาลชลประทาน



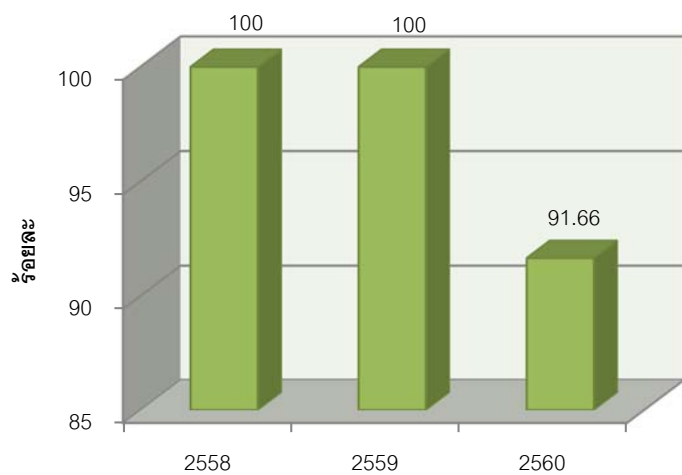
ปีการศึกษา	นิสิตแพทย์ มศว	นิสิตแพทย์อื่นๆ
2557	9	23
2558	9	30
2559	25	25

ที่มา : งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน

จากตัวชี้วัด 7.2.7 จากผลการสำรวจแผนภูมิแสดงจำนวนนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 สมัครเข้าเป็นแพทย์ใช้ทุน

โรงพยาบาลชลประทาน ประจำปี 2557-2559 โดยแสดงแยกเป็นนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์

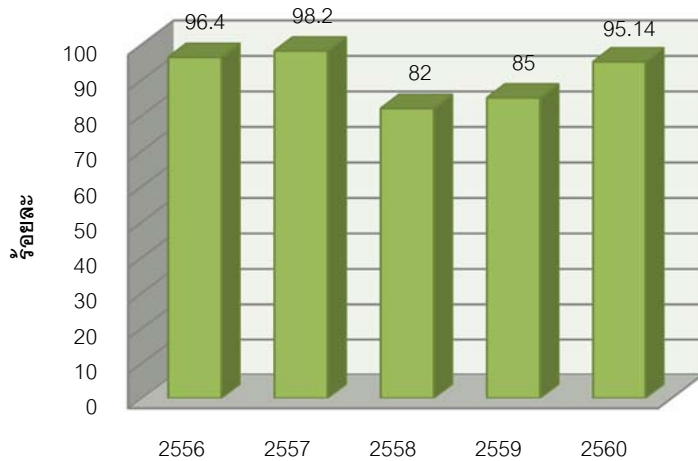
ตัวชี้วัด 7.2.8 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการจากการเยี่ยมบ้าน



ปีงบประมาณ	ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก
2558	100
2559	100
2560 (9เดือน)	91.66

ที่มา : สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัด 7.2.9 ร้อยละความพึงพอใจการให้บริการของห้องสมุด



ปีงบประมาณ	ร้อยละความพึงพอใจ
2556	96.40
2557	98.20
2558	82.00
2559	85.00
2560 (9เดือน)	95.14

ที่มา : งานห้องสมุด



โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ