



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานการประเมินตนเอง

ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี 2561 -2562

ประจำปีการศึกษา 2561

วันที่ 24 มิถุนายน 2562

คำนำ

รายงานการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์เพื่อผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีการศึกษา 2561 จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมและรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และพันธกิจของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน โดยได้นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA Criteria for Performance Excellence Framework) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง คณะผู้บริหารของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพเพื่อสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์ TQA โดยกำหนดเป็นเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ที่จะได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (TQC) ในปี 2564

ในปีการศึกษา 2561 นี้ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ในฐานะหน่วยงานสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับมอบหมายจากมหาวิทยาลัยให้ดำเนินการประเมินคุณภาพภายในตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี 2561-2562 (TQA Criteria for Performance Excellence Framework) เพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ โดยกำหนดหมวดที่ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

1. บทนำ: โครงร่างองค์กร
2. หมวด 1 การนำองค์กร
3. หมวด 2 กลยุทธ์
4. หมวด 3 ลูกค้า
5. หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้
6. หมวด 5 บุคลากร
7. หมวด 6 การปฏิบัติการ
8. หมวด 7 ผลลัพธ์

ทั้งนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร อาจารย์ หัวหน้าสาขาวิชา หัวหน้างาน และบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพตลอดมา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จะเป็นองค์กรที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน เพื่อเป็นองค์กรชั้นนำแห่งการเรียนรู้ และยังเป็นประโยชน์ให้กับสังคม ประเทศชาติต่อไป

นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มิถุนายน 2562

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โครงสร้างองค์กร	
1. ลักษณะองค์กร	1 - 11
2. สถานการณ์ขององค์กร	12 - 14
หมวด 1 การนำองค์กร	
1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	15 - 21
1.2 การกำกับดูแลและความรับผิดชอบต่อสังคม	22 - 24
หมวด 2 กลยุทธ์	
2.1 การจัดทำกลยุทธ์	25 - 29
2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	30 - 34
หมวด 3 ลูกค้ำ	
3.1 เสียงของลูกค้ำ	35 - 39
3.2 ความผูกพันของลูกค้ำ	40 - 44
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	45 - 51
4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้	52 - 54
หมวด 5 บุคลากร	
5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	55 - 59
5.2 ความผูกพันของบุคลากร	60 - 63
หมวด 6 การปฏิบัติการ	
6.1 กระบวนการทำงาน	64 - 75
6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	76 - 79
หมวด 7 ผลลัพธ์	
7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ	80 - 91
7.2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้ำ	92 - 95
7.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร	96 - 99
7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร	100 - 102
7.5 ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด	103 - 104

สารบัญรูป ตารางและกราฟ

เรื่อง	หน้า
โครงสร้างองค์กร	
รูป OP-1 ตารางผลิตภัณฑ์หลัก	1
รูป OP-2 ตารางจำนวนบุคลากรโดยรวม	3
รูป OP-3 ตารางมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจของ ศปช	4
รูป OP-4 ตารางการได้รับรองมาตรฐานจาก 3 พันธกิจ	5
รูป OP-5 โครงสร้างองค์กร	7
รูป OP-6 โครงสร้างการบริหารงาน	8
รูป OP-7 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ	9
รูป OP-8 ตารางลูกค้า	10
รูป OP-9 ตารางผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10
รูป OP-10 ตารางผู้ส่งมอบและพันธมิตร	11
รูป OP-11 ตารางการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน	12
รูป OP-12 ตารางแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ	12
หมวด 1 การนำองค์กร	
รูป 1.1-1 ระบบการนำองค์กร	15
รูป 1.1-2 ตารางแนวทางการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล	17
รูป 1.1-3 ตารางรูปแบบการสื่อสารขององค์กร	18
รูป 1.1-4 ตารางยุทธศาสตร์ ค่านิยม และการนำสู่การปฏิบัติ	21
หมวด 2 กลยุทธ์	
รูป 2.1-1 กระบวนการวางแผนกลยุทธ์	25
รูป 2.1-2 ตารางนวัตกรรม	26
รูป 2.1-3 การพิจารณากลยุทธ์	27
รูป 2.1-4 ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร	28
รูป 2.1-5 ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และระยะเวลาคาดการณ์	29
รูป 2.2-1 การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ	31
รูป 2.2-2 งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	32
รูป 2.2-3 ตารางแผนการจัดสรรครุภัณฑ์ทางการแพทย์	32
รูป 2.2-4 ตารางแผนบุคลากรด้านอัตรากำลัง	33

สารบัญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
หมวด 3 ลูกค้ำ	
รูป 3.1-1 กระบวนการจัดการสารสนเทศลูกค้ำ	35
รูป 3.1-2 ตารางช่องทางการรับฟังเสียงลูกค้ำและการนำไปใช้ประโยชน์	36
รูป 3.1-3 Flow ของการค้นหาและตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้ำ	37
รูป 3.1-4 ตารางการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้ำ	39
รูป 3.1-5 Flow การบริหารความเสี่ยง	44
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
รูป 4.1-1 ตารางรูป ผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์	45
รูป 4.1-2 ตารางตัวอย่างรูป ระดับหน่วยงาน	48
รูป 4.2-1 คุณภาพและความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ	52
รูป 4.2-2 ระบบงานการจัดการความรู้ของ ศปช	53
หมวด 5 บุคลากร	
รูป 5.1-1 ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร	55
รูป 5.1-2 การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุและรักษาบุคลากรใหม่	56
รูป 5.1-3 ตารางสวัสดิการ	60
รูป 5.2-1 ตารางช่องทางการสื่อสารของบุคลากร	61
หมวด 6 การปฏิบัติการ	
รูป 6.1-1 ระบบงานสำคัญขององค์กร	65
รูป 6.1-2 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การเรียนการสอน)	66
รูป 6.1-3 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การบริการสุขภาพ)	68
รูป 6.1-4 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การวิจัย)	71
รูป 6.1-5 การออกแบบและปรับปรุงกระบวนการ	75
รูป 6.1-6 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	75
หมวด 7 ผลลัพธ์	
รูป 7.1-1 ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE3) ในการสมัครสอบครั้งแรก	80
รูป 7.1-2 ผลการประเมินเกณฑ์มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา (WFME)	80
รูป 7.1-4 อัตรากារเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ	81

สารบัญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า	
รูป 7.1-6	อัตราตายรายปีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 ลำดับแรก	81
รูป 7.1-7	อัตราการรอดชีพระยะ 3 ปี	82
รูป 7.1-8	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนกระจกตามีระดับการมองเห็นดีขึ้นอย่างน้อย 3 ระดับ	82
รูป 7.1-9	อัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)	82
รูป 7.1-10	อัตราตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)	83
รูป 7.1-11	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	83
รูป 7.1-12	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI)	83
รูป 7.1-13	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	83
รูป 7.1-14	จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการนำเสนอผลงาน และตีพิมพ์ในระดับชาติ/นานาชาติ	83
รูป 7.1-15	ร้อยละการรับ นสพ ตามข้อตกลงร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์มศว ในชั้นปี 4, 5, 6 (ตามนโยบายการรับนิสิตแพทย์ 60 คนต่อชั้นปี)	86
รูป 7.1-16	ร้อยละของอาจารย์แพทย์ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาอย่างต่อเนื่อง	86
รูป 7.1-17	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2	87
รูป 7.1-18	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ได้รับการที่ห้องฉุกเฉินระยะเวลา ภายใน 60 นาที	87
รูป 7.1-19	อัตราการรายงานผล Lab ผิดพลาด	84
รูป 7.1-20	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชม. ก่อนหรือหลังมาถึงร.พ.	87
รูป 7.1-21	ร้อยละของการถ่าย-ส่งเอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน	84
รูป 7.1-22	ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด	84
รูป 7.1-23	อัตราการเกิดปฏิกิริยาแทรกซ้อนจากการให้เลือด	88
รูป 7.1-24	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)	88
รูป 7.1-25	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)	88
รูป 7.1-26	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)	88
รูป 7.1-27	ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่กลับมาห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชม. โดยไม่ได้นัด	88
รูป 7.1-28	มีความทันเวลาของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบ	88
รูป 7.1-29	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่ร.พ.	88
รูป 7.1-30	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	89

สารบัญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า	
รูป 7.1-31	อัตราการทำทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	84
รูป 7.1-32	ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	84
รูป 7.1-33	สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	84
รูป 7.1-34	อัตราการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์	85
รูป 7.1-35	ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	85
รูป 7.1-36	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	89
รูป 7.1-37	อัตราการ Administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	89
รูป 7.1-38	Information systems down time	89
รูป 7.1-39	Information systems response time	89
รูป 7.1-40	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.	85
รูป 7.1-41	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	85
รูป 7.1-42	ร้อยละของโครงการวิจัยที่ส่งรายงานความก้าวหน้าตามกำหนดเวลา	90
รูป 7.1-43	ร้อยละของงานวิจัยที่ขอขยายระยะเวลาต่อจำนวนงานวิจัยทั้งหมด	90
รูป 7.1-44	ร้อยละของเงินสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยต่อปีงบประมาณ	90
รูป 7.1-45	จำนวนเงินของโครงการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จากงบประมาณที่เสนอขอทุน	90
รูป 7.1-46	จำนวนข้อเสนอโครงการวิจัยที่ได้รับอนุมัติทุนสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย	90
รูป 7.1-47	จำนวนเงินทุนตีพิมพ์การวิจัยที่ใช้ในแต่ละปี	91
รูป 7.1-48	จำนวนโครงร่างวิจัยที่ยื่นขอจริยกรรมการวิจัยในมนุษย์	91
รูป 7.1-49	โครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการอบรม/การตรวจประเมินจริยกรรมการวิจัยในมนุษย์	91
รูป 7.1-50	จำนวนการปรับผู้ส่งมอบสินค้า ผู้ค้าที่ผิดสัญญาการส่งมอบ	91
รูป 7.2-1	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน	92
รูป 7.2-2	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการเรียนการสอน แยกตามสาขา	92
รูป 7.2-3	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและใน (ภาพรวม)	93
รูป 7.2-4	ข้อชมเชยบริการสุขภาพ	94
รูป 7.2-5	ข้อร้องเรียนด้านการบริการสุขภาพ	94
รูป 7.2-6	ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย	94
รูป 7.2-7	นิสิตแพทย์ มศว เรียนรายวิชาเลือก ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญาันนทภิกขุ ชลประทาน	95
รูป 7.2-8	ร้อยละของผู้ป่วยนอก – ในที่กลับมาใช้ซ้ำ	95

สารบัญญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า	
รูป 7.2-9	ร้อยละของผู้ป่วยนอก – ในที่แนะนำญาติมาใช้บริการ	95
รูป 7.2-11	ร้อยละความพึงพอใจจากการเยี่ยมบ้าน	93
รูป 7.3-1	ร้อยละของอาจารย์ประจำที่ดำรงตำแหน่งทางวิชาการ (ผศ, รศ., ศ.)	96
รูป 7.3-2	อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะ	96
รูป 7.3-3	อัตราความเพียงพอของบุคลากร	96
รูป 7.3-4	ร้อยละของความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	96
รูป 7.3-5	อัตราการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีตามกลุ่มอายุ	97
รูป 7.3-6	คะแนนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล อยู่ระดับ 5	97
รูป 7.3-7	ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร จำแนกตามกลุ่ม	98
รูป 7.3-8	อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม	98
รูป 7.3-9	อัตราการอบรมตามแผนพัฒนาบุคลากร	99
รูป 7.4-1	ความพึงพอใจทีมผู้บริหาร และภาวะผู้นำของผู้บริหาร ศปช	100
รูป 7.4-2	ความรู้ความเข้าใจเรื่องวิสัยทัศน์ พันธกิจ และจุดเน้นของบุคลากร	100
รูป 7.4-3	ผลการประเมินการสื่อสารโดยการรับรู้ระดับหน่วยงานของคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน	100
รูป 7.4-4	ร้อยละการบรรลุความสำเร็จตามแผนกลยุทธ์	103
รูป 7.4-5	จำนวนเงินงบประมาณที่ได้จัดสรรเพื่อพัฒนาตามพันธกิจหลักของ ศปช	101
รูป 7.4-6	จำนวนเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ ศปช	102
รูป 7.4-7	ผลการปฏิบัติงานรายบุคคลของรองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	102
รูป 7.4-8	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการทำผิดระเบียบของมหาวิทยาลัย	102
รูป 7.4-9	การร้องเรียนด้านจริยธรรม	102
รูป 7.4-10	ร้อยละของตัวแทนหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการจัดทำแผน	100
รูป 7.4-11	การจัดสรรทรัพยากร	101
รูป 7.4-12	ร้อยละแผนงานโครงการบริการวิชาการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์	103
รูป 7.4-13	ร้อยละของนวัตกรรม, CQI และ KM ที่ผ่านกระบวนการ PDCA	103
รูป 7.4-14	ร้อยละของหน่วยงานที่ใช้เทคโนโลยีมา Lean ในการปรับปรุงกระบวนการงาน	103
รูป 7.5-1	Current ratio	104
รูป 7.5-2	Quick ratio	104
รูป 7.5-3	ผลการตรวจสอบบัญชีผ่านเกณฑ์	104
รูป 7.5-4	อัตราการเรียกคืนเงิน (Reimbursement) ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง	105
รูป 7.5-5	อัตราของการ Reimbursement 3 กองทุน	105

โครงร่างองค์กร (Organizational Profile)
ศูนย์การแพทย์ปัญญาันนทภิกขุ ชลประทาน

1. ลักษณะองค์กร (Organizational Description)

ศปช เริ่มให้บริการทางการแพทย์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2457 โดยเริ่มจากการเป็นสถานพยาบาลชั่วคราวในสังกัดกองแพทย์ กรมชลประทาน เพื่อดูแลบุคลากรของกรมชลประทาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2498 ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลขนาด 20 เตียง สังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงให้บริการบุคลากรและประชาชนทั่วไปในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปี พ.ศ. 2545 มีการโอนย้ายไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง ตามนโยบายรัฐบาลที่ต้องการให้ตรงกับภารกิจและการบริการที่ดำเนินการอยู่ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2550 ได้โอนย้ายมาสังกัดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒกระทรวงศึกษาธิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่มตามแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ

ปัจจุบัน ศปช เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรี ขนาด 400 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการเรียนการสอนมีบทบาทในการเป็นสถานศึกษาและฝึกปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มศว รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนิสิต/นักศึกษาสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ และด้านการสร้างงานวิจัยสนับสนุนการบริการสุขภาพและการเรียนการสอน

ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร (Organizational Environment)

(1) ผลิตภัณฑ์ (Product Offerings)

ศปช มีการกำหนดผลิตภัณฑ์หลักเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

รูป OP-1 ตารางผลิตภัณฑ์หลัก		
ผลิตภัณฑ์	บริการที่จัดให้	กลไกการส่งมอบ
1. การเรียนการสอน	จัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการ
2. การบริการสุขภาพ	ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมการดูแลใน 15 สาขาวิชา ได้แก่ กุมารเวชกรรม, จักษุวิทยา, จิตเวช, พนังกรรม, พยาธิวิทยา, รังสีวิทยา, วิสัญญีวิทยา, เวชศาสตร์ครอบครัว, เวชศาสตร์ลูกจันทน์, เวชศาสตร์ฟื้นฟู, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, สูติ-นรีเวชกรรม, โสต คอ นาสิก และอายุรกรรม	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการและ EMS เพิ่มบริการเชิงรุก โดยผ่าน อสม. รพสต. และการเยี่ยมบ้าน
3. การวิจัย ผลงานวิจัย	- มีงานวิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาระเบียบวิธีวิจัยและสถิติสำหรับการวิจัย - พัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยกับนักวิจัย/อาจารย์/บุคลากร โดยจัดอบรมให้ความรู้ระเบียบวิธีวิจัย ทั้งภายในและภายนอก - สนับสนุนโดยการให้ทุนการทำวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย - จัดประชุมวิชาการประจำปีเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย - มีคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการ

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

วิสัยทัศน์ (Vision): เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (A University Hospital of Wisdom Aspiring for Excellence)

พันธกิจ (Mission): 1) การจัดการเรียนการสอน ด้านแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น
2) การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งบริการวิชาการสู่สังคม 3) การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ

ค่านิยม (Values): ได้มาจากชื่อย่อของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน Panyanunthaphikkhu Chonprathan Medical Center: PCMC ซึ่งหมายถึง **ผลงานดี (Performance) มีทีมเด่น (Care Team) เน้นบริหาร (Management by Fact/Merit) ความต่อเนื่องและยั่งยืน (Continuity)**

สมรรถนะหลัก

ด้านการเรียนการสอน

เป็นสถาบันร่วมผลิตบัณฑิตแพทย์ เพื่อเป็นฐานการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์ สร้างความเป็นเลิศทางวิชาการในระดับสากล โดยใช้หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว มีการบูรณาการเรียนการสอนในภาคคลินิกทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติตามมาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา (World Federation for Medical Education)

ด้านการบริการสุขภาพ

1) ให้บริการดูแลรักษาโดยมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ใน 15 สาขาวิชา 2) ให้บริการแบบ Excellent Center ทำให้เกิดศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center: EC) ใน 4 ด้าน ได้แก่ มะเร็ง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และบาดเจ็บหลายอวัยวะ การเปลี่ยนถ่ายกระจกตา และทารกแรกเกิด รวมถึงมีศูนย์ความเชี่ยวชาญ (Expertise Center: EX) 4 ด้าน ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ศูนย์โรคหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น (Sleep Apnea) การผ่าตัดผ่านกล้อง และโรคทางจักษุ 3) การบริการวิชาการสู่ชุมชน 4) การบูรณาการการดูแลรักษา กับ ศาสนา

ด้านการวิจัย

ศปช มีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานวิจัยให้กับบุคลากรภายใน และมีแหล่งทุนวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน SIDCER FERCAP สนับสนุนทำให้เกิดความน่าเชื่อถือในด้านกระบวนการวิจัย และในอนาคตวางแผนจัดตั้งศูนย์วิจัยทางคลินิกซึ่งจะส่งผลให้สามารถทำงานวิจัยขนาดใหญ่ร่วมกับองค์กรภายนอกได้

(3) ลักษณะโดยรวมของบุคลากร (Workforce Profile)

รูป OP-2 ตารางจำนวนบุคลากรโดยรวม		
ลำดับ	ชื่อตำแหน่ง	จำนวน
ด้านการเรียนการสอน		
1	อาจารย์	105
ด้านการบริการสุขภาพ		
1	แพทย์	63
2	ทันตแพทย์	19
3	พยาบาล	296
4	เภสัชกร	24
ด้านการวิจัย		
1	นักวิจัย	0
2	นักวิชาการสถิติ (นักสถิติ) สังกัด งานวิจัย	1
งานสนับสนุนทั่วไป		
1	งานสนับสนุนทั่วไป	593
รวม		1,100

จำนวนบุคลากรทั้งหมด = 1,100 คน (ข้อมูล ณ 1 พฤษภาคม 2562) จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ด้านการเรียนการสอน 2) ด้านการบริการ 3) ด้านการวิจัย 4) งานสนับสนุนทั่วไป ดังรูป OP-2 ปัจจัยในการขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้บุคลากรมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์องค์กร ได้แก่ การใช้ค่านิยม PCMC และอัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม การสื่อสารสองทางโดยมีกิจกรรมการสื่อสารผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันในนโยบายและจุดเน้นองค์กร รวมทั้งการนำประเด็นที่เป็นเป้าหมายสำคัญมากำหนดเป็น KPI ระดับบุคคลและหน่วยงาน ส่งเสริมการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาตนเองตามความต้องการที่สอดคล้องกับจุดเน้นของ ศปช สนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรทุกคน การจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรักผูกพันสัมพันธ์ภาพในองค์กร เช่น การร่วมแข่งขันกีฬาประจำปี กิจกรรมสังสรรค์ปีใหม่ การจัดให้มี PCMC Band การจัดกิจกรรมในวันสำคัญของไทย ประเพณีข้าวหม้อแกงหม้อ

(4) สินทรัพย์ (Assets)

ด้านการเรียนการสอนและการวิจัย มีอาคารเรียนรวมและปฏิบัติการ 1 อาคาร ส่วนด้านการบริการสุขภาพมีอาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 20 ชั้น ขนาด 400 เตียง เริ่มเปิดบริการ ในปี 2561 อาคารผู้ป่วยในพิเศษปัญญาเศวตภิวาล มีอาคารบริการในส่วนบริการที่จะปรับปรุง (Renovate) เพื่อเพิ่มบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในอนาคต ได้แก่ อาคารบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพิเศษตึก 80 ปีปัญญานันท์ อาคารผู้ป่วยในสามัญ อาคารศัลยกรรมและสูติกรรม รวมทั้งมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเพื่อสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและสนับสนุนการเรียนการสอน

ด้านการสนับสนุนงานบริการ มีอาคารงานสนับสนุนบริการ ได้แก่ อาคารโภชนาการ อาคารเครื่องมือจ่ายกลาง ในด้านสวัสดิการบุคลากร มีอาคารหอพักเจ้าหน้าที่ 2 อาคาร อาคารโรงพักขยะ อาคารหอจดหมายเหตุ อาคารสโมสรทั่วไป อาคารช่าง อาคารหอพักบุคลากรและนักศึกษา (คาดจะแล้วเสร็จปี 2563) โดยจะมีสิ่งอำนวยความสะดวก การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ห้องสมุด มี Wi-Fi เพื่อสร้างการเรียนรู้มีการปรับปรุงพื้นที่โดยรอบเพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึงรวมถึงการจัดหาสถานที่จอดรถให้เพียงพอต่อผู้รับบริการและบุคลากร ปรับปรุงเส้นทางการจราจรร่วมกับกรมชลประทาน ทำให้สามารถเข้าถึง ศปช ได้สะดวก

(5) กฎระเบียบข้อบังคับ (Regulatory Requirement)

รูป OP-3 ตารางมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจของ สปช	
พันธกิจ	มาตรฐาน
ด้านการเรียนการสอน	<ol style="list-style-type: none"> 1. พ.ร.บ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2541 2. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการศึกษาระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2548 3. พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 4. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 5. มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา (World Federation for Medical Education) 6. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2554 7. พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 8. เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2548 9. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ
ด้านการบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ 2. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้แก่ มาตรฐานอาชีวอนามัย มาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรค 3. การรับรอง (Accreditation, Certification) หรือการขึ้นทะเบียน ได้แก่ ISO9002 โรงพยาบาล สายใยรัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) 4. ข้อบังคับด้านสิ่งแวดล้อม การเงินและผลิตภัณฑ์ ได้แก่ Code of Conduct ต่าง ๆ เช่น การไม่ขายนมผสมใน สปช เข้าร่วมโครงการ Rational Drug Use Hospital ตามข้อตกลงของ UHosNet รวมทั้งการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ระเบียบการเงินการคลัง ระเบียบพัสดุ สำนักนายกรัฐมนตรี กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อม เช่น กฎหมาย EIA กฎหมายอาคารสูง พรบ.ประกันสุขภาพถ้วนหน้า พรบ.สิทธิผู้ป่วย พรบ.สุขภาพ, พรบ.ข้อมูลข่าวสาร พรบ.ประกันสังคม 5. นโยบายภาครัฐที่ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนงบประมาณ เช่น นโยบายThailand 4.0 6. กฎระเบียบ ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้แก่ 1) ระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วยการบริหารงานศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2561 และ รวมทั้งประกาศมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของ สปช ส่วนต่าง ๆ
ด้านการวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประกาศการรับและการจ่ายเงินอุดหนุนวิจัยและนวัตกรรม 2. ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่อง การสมัครรับทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2557 – วันที่ 30 กันยายน 2560 ทางปัญญา (สำหรับผลงานที่ได้รับ การรับรองก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2560) 3. ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่อง การสมัครรับทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารระดับนานาชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 เป็นต้นไป 4. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒว่าด้วยกองทุนส่งเสริมพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ.2559 5. วิธีดำเนินการมาตรฐาน SOPs version 2.0 6. แนวทางการปฏิบัติ การดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รูป OP-4 ตารางการได้รับรองมาตรฐานจาก 3 พันธกิจ	
พันธกิจ	มาตรฐาน
ด้านการเรียนการสอน	1. ได้รับการรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ตามมาตรฐานสากล WFME Global Standards, Basic Medical Education โดยสถาบันรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ (สมพ.) ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2560-16 พฤศจิกายน 2565) 2. มาตรฐานประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ได้รับผลการรับรองในระดับดีขึ้นในทุกปีการศึกษา ตั้งแต่ ปีการศึกษา 2550-2558
ด้านการบริการสุขภาพ	1. มาตรฐาน ISO 9002 ได้รับการรับรองเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2543 2. มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ผ่านการรับรองเมื่อ 2552 และผ่านการ Re-Accreditation เมื่อ ปี 2556 (หลังปี 2557 สภาการพยาบาล ชลอบทบาทในการประเมินคุณภาพ) 3. มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ผ่านการรับรองเมื่อปี 2553 และผ่านการ Re-Accreditation เมื่อ ปี 2556 4. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ผ่านการรับรองคุณภาพ เมื่อปี 2556 และผ่านการ Re-Accreditation เมื่อ 2558 และ 2561
ด้านการวิจัย	ได้รับการรับรองมาตรฐาน SIDCER FERCAP ในวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และได้รับรองคุณภาพของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (NECAST)

ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร (Organizational Relationship)

(1) โครงสร้างองค์กร (Organizational Structure)

ศปช จัดโครงสร้างองค์กรโดยแบ่งเป็น 8 ฝ่าย ดังรูป OP-5 มอบหมายให้รองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการทำหน้าที่ดูแลกำกับการดำเนินงานตามโครงการการบริหารงาน ดังรูป OP-6 และเพื่อให้การดูแลกำกับกิจการเป็นไปด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ได้มีการจัดโครงสร้างในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้การบริหารเป็นไปโดยใช้หลักธรรมาภิบาลจำนวน 2 คณะ ซึ่งเป็นการกำกับภายในมหาวิทยาลัย และมีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการที่มนำระบบงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ดังรูป OP-7 เป็นการทำกับภายใน ศปช

1) การกำกับภายในมหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ

1.1) คณะกรรมการอำนวยการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายการบริหารงานของ ศปช พิจารณาประมาณการรายรับ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของ ศปช การกำหนดกรอบอัตราค่าจ้าง ตำแหน่ง คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง กำหนดอัตราค่าจ้าง ค่าตอบแทน ประกอบด้วยอธิการบดีเป็นประธานกรรมการ รองอธิการบดีที่อธิการบดีมอบหมาย ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ตัวแทนคณบดี และผู้ช่วย ศปช

1.2) คณะกรรมการดำเนินงาน ทำหน้าที่ดำเนินงานกำหนดแนวทางดำเนินงานของ ศปช ออกประกาศเพื่อการบริหารจัดการภายใน ศปช พิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือน หรือเพิ่มค่าจ้างประจำปีของผู้ปฏิบัติงาน จัดทำประมาณการรายรับ และงบประมาณรายจ่ายประจำปี วินิจฉัยและแก้ปัญหาของ ศปช ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด ประกอบด้วย อธิการบดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการ ศปช เป็นรองประธานกรรมการ และมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ผู้แทนจากภาควิชาที่เกี่ยวข้อง) ผู้แทนจากชุมชน เช่น นายกเทศมนตรีเทศบาลนครปากเกร็ด และผู้อำนวยการสำนักชลประทานที่ 11 กรมชลประทานเป็นกรรมการ

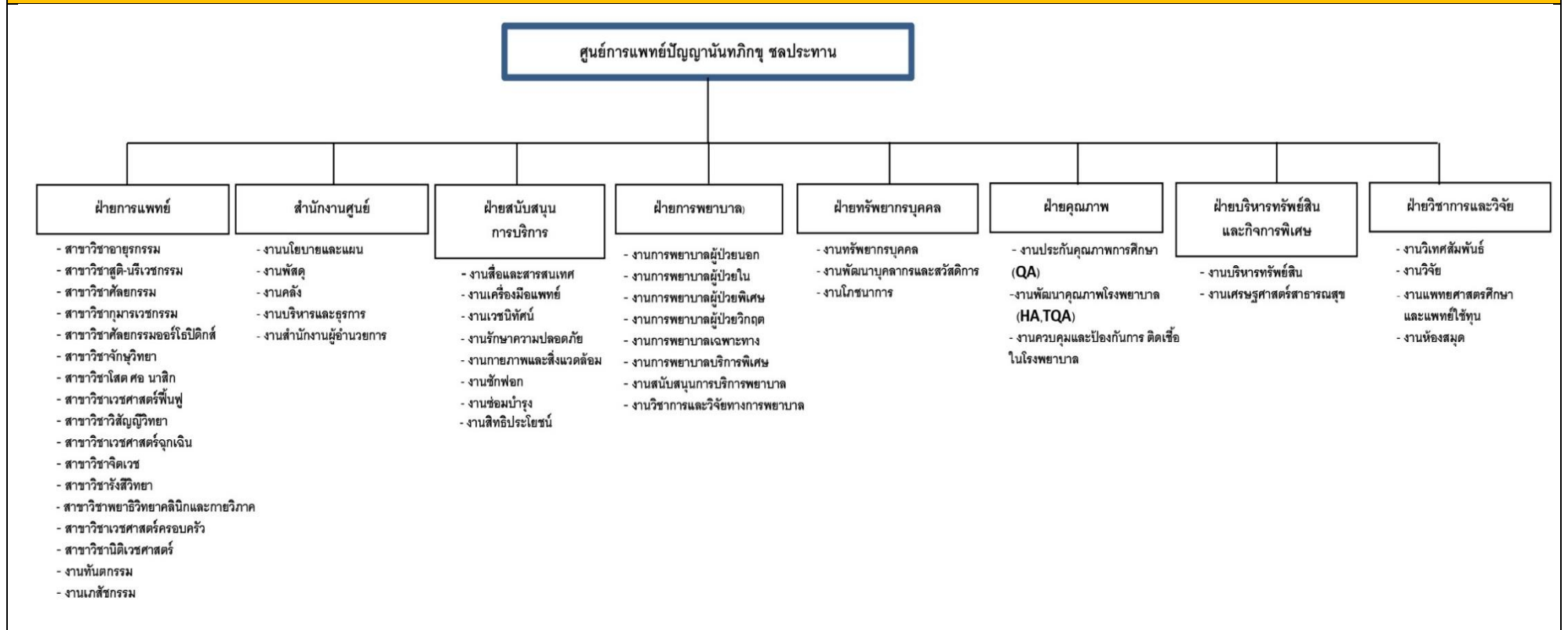
2) การกำกับภายใน ศปช

2.1) คณะกรรมการบริหาร ศปช ทำหน้าที่กำหนดกรอบ ทิศทาง แผนกลยุทธ์ กำหนดเป้าหมายร่วม เชื่อมโยงระบบงานต่าง ๆ ติดตามความก้าวหน้าและควบคุมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สื่อสารสนับสนุน และสร้างเสริมแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ ศปช เป็นประธานกรรมการ และหัวหน้างานทุกงานเป็นกรรมการ

2.2) คณะกรรมการที่นำระบบงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ เช่น การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (PCT), ระบบยา (PDC), ระบบบริหารความเสี่ยง (RMC), ระบบสิ่งแวดล้อม (ENV), ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICC), ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT และ IM) เป็นต้น

โครงสร้างองค์กร

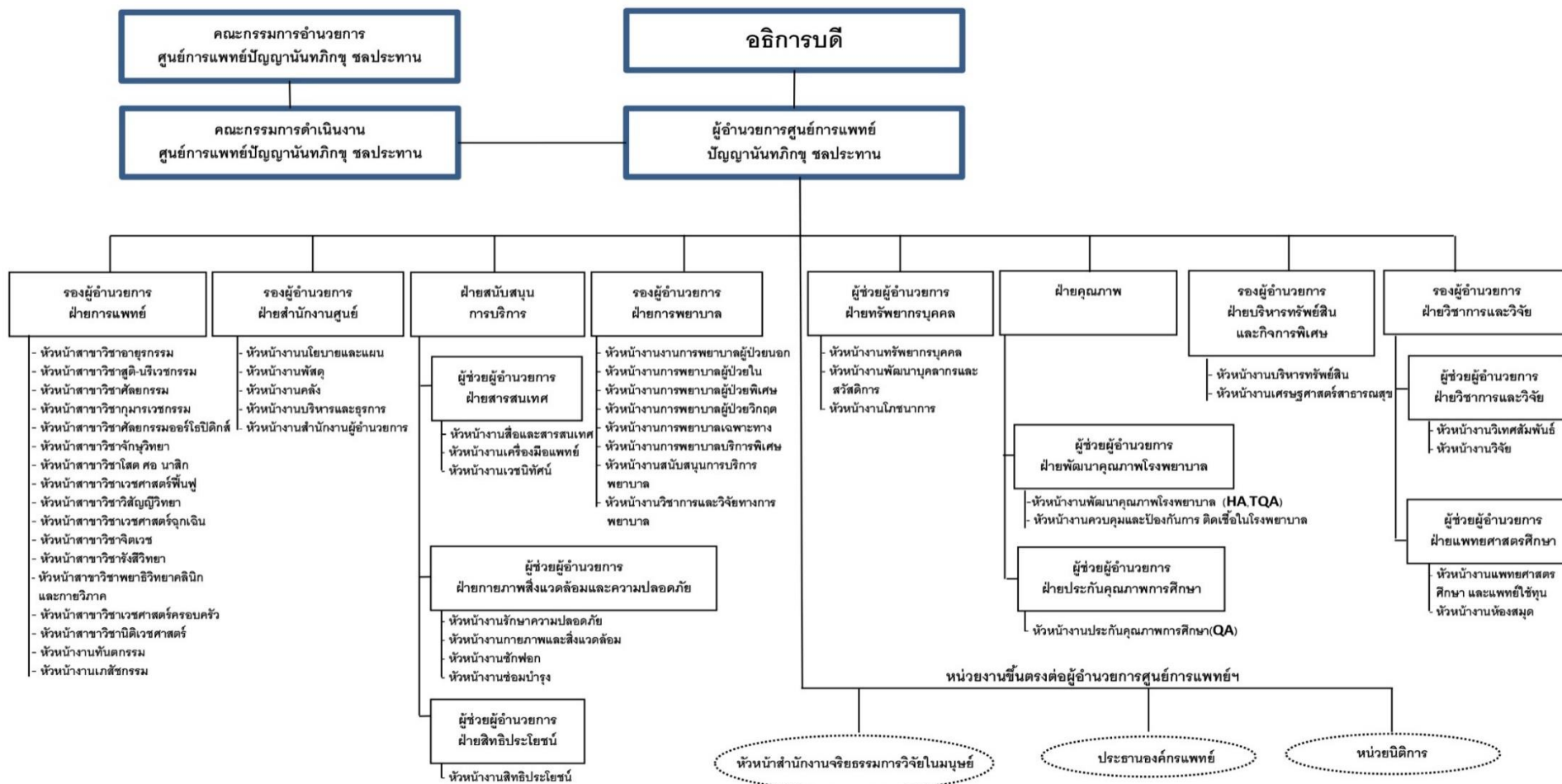
รูป OP-5 โครงสร้างองค์กร



โครงสร้างการบริหารงาน

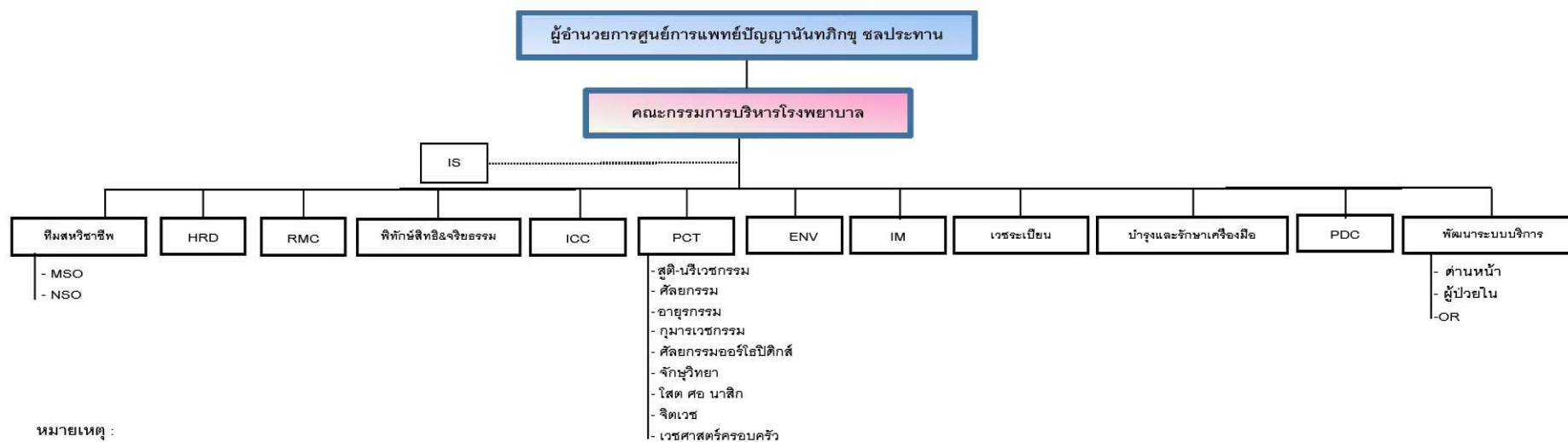
รูป OP-6 โครงสร้างการบริหารงาน

โครงสร้างการบริหารงานภายในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ

รูป OP-7 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ



หมายเหตุ :

- IS = คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน
- MSO = องค์การแพทย์
- NSO = องค์การพยาบาล
- HRD = คณะกรรมการบริหารพัฒนาการทรัพยากรบุคคล
- RMC = คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ICC = คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- PCT = คณะกรรมการสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วย
- ENV = คณะกรรมการกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- IM = คณะกรรมการสารสนเทศ
- PDC = คณะกรรมการพัฒนาระบบยา
- OR = คณะกรรมการห้องผ่าตัด

(2) ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customers and Stakeholders)

ลูกค้า แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามพันธกิจ คือ 1) ด้านการเรียนการสอน ได้แก่ นิสิตแพทย์ มศว และแพทย์ประจำบ้าน 2) ด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 3) ด้านการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย

รูป OP-8 ตารางลูกค้า	
ชนิดลูกค้า	ความต้องการ
ด้านการเรียนการสอน	
นิสิตแพทย์ มศว แพทย์ประจำบ้าน	ได้รับความรู้และทักษะที่ได้คุณภาพตามหลักสูตรที่ศึกษา เป็นบัณฑิตที่มีความรู้คู่คุณธรรม มีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง ปีการศึกษา 2562
ด้านการบริการสุขภาพ	
ผู้ป่วยวิกฤติ / อุฉุกเฉิน	ได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ทันทีที่จากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยนอก	การนัดเป็นช่วงเวลา และกำหนดเวลานัดได้ ไม่ต้องรอนาน ทราบขั้นตอนการบริการ ได้ตรวจและรับยาอย่างรวดเร็ว one stop service การขอรับบริการและจองคิวผ่านระบบโปรแกรมอินเทอร์เน็ต
ผู้ป่วยใน	ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์-พยาบาลที่มีความชำนาญ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและความก้าวหน้า/การเปลี่ยนแปลง การดูแลด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ
ชุมชนในเขตรับผิดชอบ	องค์ความรู้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการดูแลต่อเนื่องจาก ศปช
ผู้มีอุปการคุณ	ความโปร่งใสในการใช้เงินบริจาคและใช้เงินตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาค และได้รับสิทธิพิเศษในการดูแลรักษา
ด้านการวิจัย	
ผู้วิจัย	ได้รับทุนวิจัย/งานวิจัยได้ดีพิมพ์เผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์/ได้รับรางวัล

รูป OP-9 ตารางผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ
สถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย	การสนับสนุนด้านวิชาการ, งบประมาณ, ทรัพยากรอื่น ๆ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง	ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ผู้ประกันตนเป็นไปตามสิทธิ อย่างมีคุณภาพให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา
บริษัทประกันชีวิต	ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	1. เป็นฐานการเรียนการสอน การวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ 2. ต้องการบัณฑิตที่มีคุณธรรม รับผิดชอบต่อสังคม และมีความรู้ดี
ผู้ปกครองนิสิตแพทย์	นิสิตแพทย์ปลอดภัย เรียนจบและเป็นแพทย์ที่มีคุณภาพ
กรมชลประทาน	1. ให้สิทธิพิเศษแก่ข้าราชการ/บุคลากร ในเรื่องห้องพิเศษ 2. ลดระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษา 3. ต้องการให้ผู้อยู่อาศัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ในกรมชลประทานเป็นประชากร UC ของ ศปช
วัดชลประทานรังสฤษดิ์	จัดคลินิกบริการที่วัดชลประทาน ดูแลพระอาพาธ จัดหน่วยแพทย์ดูแลสุขภาพพระอาพาธที่วัดชลประทานฯ เมื่อมีกิจกรรมพิเศษ มีช่องทางบริการพิเศษและหอผู้ป่วยสำหรับสงฆ์อาพาธ
สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล	1. จัดคลินิกบริการที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล และจัดหน่วยแพทย์ตรวจสุขภาพ 2. มีช่องทางบริการพิเศษเพื่อลดระยะเวลารอคอย และอำนวยความสะดวก 3. ให้สิทธิพิเศษแก่พนักงานเกษียณอายุราชการ 4. ให้มีการเปิดคลินิกบำบัดอบายมุขเพื่อช่วยเหลือสังคม
ชุมชนโดยรอบ	มีการป้องกันไม่ให้เกิดมลพิษจากกระบวนการผลิตของ ศปช

(3) ผู้ส่งมอบและพันธมิตร (Suppliers and Partners)

รูป OP-10 ตารางผู้ส่งมอบและพันธมิตร			
กลุ่ม	หน่วยงาน	บทบาท/ความสัมพันธ์/กลไกการสื่อสาร (ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบ)	ความต้องการ
ผู้ส่งมอบ (Suppliers)	บริษัทจัดหายา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ห้างร้านต่าง ๆ	Suppliers โดยมีการประสานงานผ่าน งานพัสดุ	1. ชำระหนี้ตามกำหนด 2. มีความเป็นธรรมในการจัดซื้อ- จัดจ้าง
	Lab นอก	ประสานการตรวจวินิจฉัย	ชำระหนี้ตามกำหนด
	บริษัทคู่ค้า จ้างเหมา (Out Source ต่างๆ)	อำนวยความสะดวก เพื่อให้การจัด บริการดีขึ้น	1. ชำระหนี้ตามกำหนด 2. มีความเป็นธรรมในการจ้าง
พันธมิตร (Partners)	คณะแพทยศาสตร์ มศว	นิสิตแพทย์ชั้น พรีคลินิก	มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียน การสอนตามมาตรฐานหลักสูตร
	เครือข่าย โรงพยาบาลกลุ่ม สถาบันแพทยศาสตร์ แห่งประเทศไทยและชมรม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล	เครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพบริการ และวิชาการร่วมกัน	มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยน/ แบ่งปันประสบการณ์
	สถาบันสมทบในการผลิต แพทย์	มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนโดยรับนิสิต ไปฝึกงาน	สนับสนุนในการทำงานทางวิชาการ
	เทศบาลนครปากเกร็ด	สนับสนุนและร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน	1. ให้การดูแลผู้ป่วยและอุบัติเหตุหมู่ ในเขต 2. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยงาน
	สปสข. เขต 4 /จังหวัดนนทบุรี	สนับสนุนด้านข้อมูลและงบประมาณ เพื่อมุ่งสู่การเป็น Excellence Center	ส่งข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
	สสจ.	ในด้านบริการ เช่น ปัญหาที่เกิดขึ้น ในระบบการส่งต่อ	ให้ความร่วมมือด้านข้อมูลสุขภาพ ในจังหวัด
	สถาบันยุทธศาสตร์ ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	1. ประสานงานด้านการจัดทำสัญญา รับทุนของมหาวิทยาลัย/ทุนภายนอก 2. ประสานงานการจดสิทธิบัตร/ อนุสิทธิบัตร 3. สนับสนุนการให้ทุนตีพิมพ์และเผยแพร่ ผลงานวิจัยระดับนานาชาติ	มีผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน มีคุณค่า สามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์ หรือมีการ นำไปใช้ประโยชน์/การอ้างอิงในระดับสากล
	กลุ่มอาสาพระคิลานธรรม	1. มีส่วนร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้านจิตวิญญาณ 2. ให้การดูแลจิตใจของบุคลากร	ได้รับการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจนและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน

2. สถานการณ์ขององค์กร (Organizational Situation)

สถานการณ์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร

ก. สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน (Competitive Environment)

(1) ลำดับในการแข่งขัน (Competitive Position)

พันธกิจด้านการเรียนการสอน มีการเทียบเคียงโดยมี คณะแพทยศาสตร์ มศว เป็นคู่เทียบภายใน และ- คู่เทียบภายนอก คือ การจัดอันดับ (Ranking) การเลือกคณะแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย และ การจัดอันดับการสอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของนิสิตแพทย์

- 1) พันธกิจบริการสุขภาพ เทียบเคียงกับ THIP ระดับมหาวิทยาลัย
- 2) พันธกิจด้านการเรียนการสอน และการวิจัย ยังไม่ได้เปรียบเทียบกับสถาบันอื่น

(2) การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness Change)

รูป OP-11 ตารางการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน	
ความสามารถในการแข่งขัน (Change)	ความท้าทายในการแข่งขัน (Challenge)
1. การเพิ่มอาคาร/การขยายพื้นที่/การคมนาคมภายนอก (รถไฟฟ้า)	1. มีการกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศ 4 สาขา/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ 4 สาขา ซึ่งมีคู่แข่งใหม่เข้าสู่ตลาดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
2. การออกนอกระบบทำให้ขั้นตอนกฎระเบียบ มีความคล่องตัว/กฎระเบียบบริหารพัสดุภาครัฐ ฉบับใหม่	2. เทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
3. การมีเกณฑ์มาตรฐานระดับนานาชาติ WFME, SIDCER FERCAP, ระบบรับรองคุณภาพคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (NECAST) มารับรองทำให้องค์กรภายนอกเกิดความเชื่อมั่น	3. ต้นทุนที่เพิ่มขึ้น
	4. การเกษียณของแรงงานที่มีทักษะ

(3) แหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Data)

รูป OP-12 ตารางแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ	
ผลิตภัณฑ์	แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ
ด้านการเรียนการสอน	- คู่เทียบภายใน : คณะแพทยศาสตร์ มศว - คู่เทียบภายนอก 1. การจัดอันดับ (Ranking) การเลือกคณะแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย 2. การจัดอันดับการสอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของนิสิตแพทย์
ด้านการบริการสุขภาพ	THIP, UHosNet, ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สปสช., เขต4 Service Plan, ตัวชี้วัด EXPNet 4 สถานพยาบาล
ด้านการวิจัย	1. ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติ 2. คู่เทียบภายในประเทศ : คณะแพทย์ในสังกัด มศว

ข. บริบทเชิงกลยุทธ์ (Strategic Context)

จากการที่ ศปช ได้โอนย้ายสังกัดหลายครั้ง จนปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งยังคงเน้นการให้บริการเป็นหลัก และค่อย ๆ เพิ่มงานบริการการเรียนการสอนและการวิจัย บุคลากรส่วนใหญ่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น บุคลากรนำอัตลักษณ์องค์กรตามนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม คือ “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” และแนวคิด “ยิ่งให้ ยิ่งได้” ของหลวงพ่อบุญญานันทภิกขุ มาเป็นหลักในการให้บริการอย่างมีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม ได้รับความเชื่อถือจากชุมชน การจัดทำกลยุทธ์ขององค์กรผู้นำระดับสูงขององค์กรกำหนดนโยบาย Change for the Better และส่งเสริมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เป็นนโยบายที่ทุกสาขา/ทุกงาน/ทุกหน่วยงาน นำไปเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาส่งเสริมให้มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เพื่อสร้างการนำการแข่งขัน

: -ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ คือ 1) พัฒนาขีดความสามารถตามศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่สามารถเทียบเคียงกับสถาบันอื่นในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย 2) ร่วมพัฒนาการเรียนการสอนระดับคลินิกให้สามารถเทียบเคียงกับโรงเรียนแพทย์ชั้นนำ ระดับประเทศ 3) ส่งเสริมการสร้างผลงานวิจัยให้ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ 4) พัฒนาการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ในด้านการบริหารจัดการต้นทุนการสรรหาคนให้เหมาะกับงาน และการถ่ายทอดองค์ความรู้ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge)

: -ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ คือ 1) การออกนอกกรอบทำให้การบริหารจัดการเกิดความคล่องตัว 2) การเพิ่มศักยภาพทางกายภาพทำให้เพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล 3) การผ่านเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาในระดับนานาชาติ เช่น มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตรศึกษา (World Federation for Medical Education) ทำให้นิสิตแพทย์มีความรู้ความสามารถเทียบเคียงกับนานาชาติและสามารถไปศึกษาต่อต่างประเทศได้และ SIDCER FERCAP 4) การเป็นสมาชิก UHosNet ทำให้มีเครือข่ายเข้าสู่การพัฒนามาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ

ค. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ (Performance Improvement System)

ศปช ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับโครงสร้างการบริหารคุณภาพหลายครั้ง และนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) ทีมผู้บริหารติดตามการดำเนินงาน สร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพโดยการนำ Leader Round รวมทั้งมีกิจกรรมผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ

2) ส่งเสริมให้มีงานมหกรรมคุณภาพทุกปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพจากการใช้วงจรคุณภาพ PDCA/Lean/การทำกิจกรรม CQI ระหว่างหน่วยงานและทีมนำต่าง ๆ

3) สนับสนุนให้มีการเยี่ยมสำรวจภายใน และการตามรอยของทีมนำระบบต่าง ๆ เพื่อกำกับและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานตามเข็มมุ่งของ ศปช

4) ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้จากการทำงานประจำโดยทีมสหวิชาชีพ มีการทบทวนเวชระเบียนนำ Trigger Tools มาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก การทำ Clinical Tracer การทำ Case Conference การทำ Morbidity/Mortality Conference เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

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

6) มีการทำงานด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์โดยใช้หลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ มศว และใช้มาตรฐานในการเรียนการสอน การประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน WFME ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว มีการกำกับดูแลคุณภาพการเรียนการสอนโดยใช้มาตรฐานการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน (QA) มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-2558) และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 เป็นต้นมา

7) ส่งเสริมการบริการด้วยใจตามอัตลักษณ์ โดยการจัดตั้งคลินิกพระคุณเจ้าร่วมกับพระคิลานธรรม ในการให้คำปรึกษาข้างเตียงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดตั้งศูนย์มิตรภาพบำบัดเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์/ เครื่องใช้หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

8) ส่งเสริม/ยกระดับจิตใจของบุคลากรโดยจัดอบรมปฏิบัติธรรมในโครงการธรรมทายาทสร้างแรงบันดาลใจ ร่วมกับวัดชลประทานรังสฤษฎ์ พระอารามหลวง และจัดตั้งคลินิกเยียวยาใจ ดูแลใจบุคลากรร่วมกับพระคิลานธรรม เพื่อให้บุคลากรมีพื้นที่ผ่อนคลายความทุกข์ ปลดปล่อยความไม่สบายใจในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน

9) งานวิจัยมีระบบประเมินและสำรวจความพึงพอใจและความต้องการ ด้านการดำเนินงานวิจัยของบุคลากรใน ศปช. เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขให้ตรงกับความต้องการของผู้วิจัย เป็นการสนับสนุนให้ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หมวด 1 การนำองค์กร

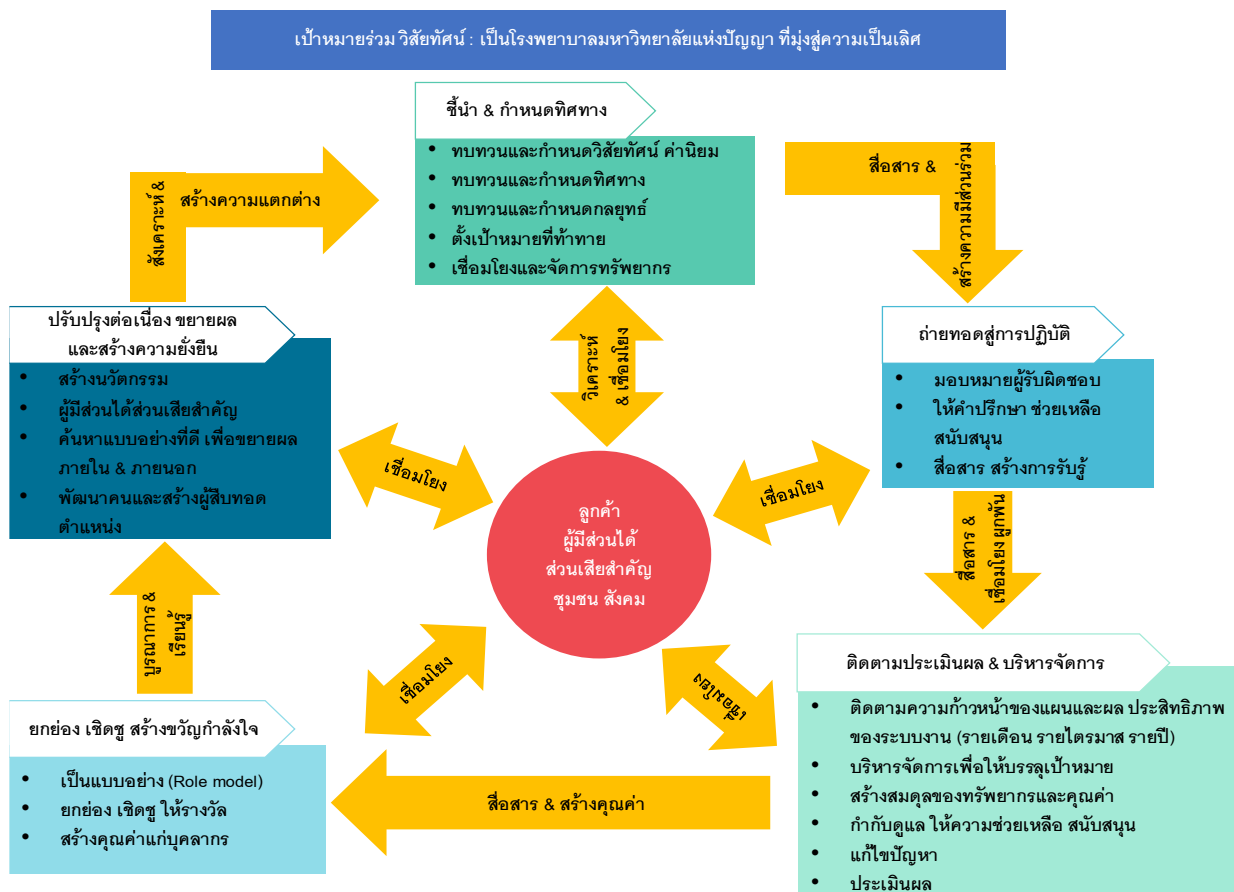
1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ก. วิสัยทัศน์ ค่านิยม (VISION and VALUES)

(1) การกำหนดวิสัยทัศน์และค่านิยม (VISION and VALUES)

การกำหนดวิสัยทัศน์ของ ศปช เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ตั้งแต่ปี 2551 และใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินการของ ศปช มาอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนแผนกลยุทธ์โดยคณะกรรมการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วยทีมบริหาร หัวหน้าสาขาวิชา และหัวหน้างาน ทุกรอบปีงบประมาณ ได้รับวิสัยทัศน์ให้รองรับการเปลี่ยนแปลง ตรงประเด็นและก่อให้เกิดแรงบันดาลใจให้กับบุคลากรและมีระบบในการกำหนดเป้าหมาย ชี้นำ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ติดตามประเมินผล ปรับปรุง เพื่อนำให้ ศปช บรรลุความสำเร็จ ดังรูป 1.1-1 โดยมีค่านิยม PCMC Culture และ โรงพยาบาลคุณธรรมเป็นฐานแนวคิดสำหรับบุคลากรทุกระดับ

รูป 1.1-1 ระบบการนำองค์กร



ค่านิยม PCMC เป็นค่านิยมที่สะท้อนและชี้นำการปฏิบัติงานของบุคลากรใน ศปช เพื่อให้บุคลากรได้ถือปฏิบัติเป็นวัฒนธรรมองค์กร (PCMC Culture) การถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมกระทำโดยทีมบริหาร ผ่านระบบการนำองค์กร และผ่านช่องทางการสื่อสารที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2558 ได้แก่ 1) ผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ ปีละ 2 ครั้ง 2) ผ่านกลไกการเยี่ยมสำรวจภายใน Internal Survey (IS) ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบเป็นแบบ formal 3) มีการสื่อสารผ่าน Social media เป็นรูปแบบ informal

เพื่อให้บุคลากรได้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพสร้างผลงานที่ดี และสนับสนุนส่งเสริมการนำค่านิยมองค์กร (PCMC) ลงสู่การปฏิบัติที่หน้างาน เช่น การ Walk Round ผู้นำพบแพทย์สื่อสารในจุดเน้นเรื่อง เพิ่มรายรับ-ลดรายจ่าย และค่านิยมผลการดำเนินงานที่ดี ทำให้มีการลงรหัสโรค ICD 10 ICD 9 ได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เบิกจ่ายเงินจาก สปสช. ได้มากขึ้นด้วย นอกจากนี้ ได้สื่อสารวิสัยทัศน์และค่านิยมไปยังลูกค้า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และพันธมิตรที่สำคัญ ดังรูป 1.1-2

(2) การส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม

ผู้บริหารระดับสูงแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและอย่างมีจริยธรรม ด้วยการประพฤติตนเป็นแบบอย่างและสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมผ่านแนวทางอย่างเป็นระบบดังนี้

1) การดำเนินนโยบาย สปช. จัดตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในการทำงานเพื่อติดตามตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงที่อาจจะผิดกฎหมาย เช่น คณะกรรมการความเสี่ยง คณะกรรมการพัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คณะกรรมการการเงิน คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เป็นประจำทุกเดือน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ ทีมผู้บริหารได้แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในการทำงาน เช่น คณะกรรมการความเสี่ยง คณะกรรมการพัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คณะกรรมการการเงิน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ทั้งนี้ให้คณะกรรมการชุดต่าง ๆ ปฏิบัติงานโดยยึดระเบียบและข้อบังคับของมหาวิทยาลัย รวมทั้งระเบียบและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังมีการติดตามควบคุมกำกับ สม่่าเสมอ ตามหลัก Good Governance

ในด้านจริยธรรม การส่งเสริมคุณค่า (Core Value) มีการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรประพฤติปฏิบัติตามแนวทางพุทธศาสนา ตามอัตลักษณ์องค์กร “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ”

รูป 1.1-2 ตารางแนวทางการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล			
หลักธรรมาภิบาล	พฤติกรรมการบริหารงาน	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์รูปที่
หลักประสิทธิผล	- การบริหารงานโดยยึดหลัก KPI ของแผนยุทธศาสตร์	- ร้อยละการบรรลุความสำเร็จตามแผนกลยุทธ์	7.4-4
หลักประสิทธิภาพ	- การวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของ ศปช	- จำนวนเงินงบประมาณที่ได้จัดสรรเพื่อพัฒนาตามพันธกิจหลักของศูนย์การแพทย์ฯ	7.4-5
		- จำนวนเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ ศปช	7.4-6
		- Current Ratio	7.5-1
		- Quick Ratio	7.5-2
หลักการตอบสนอง	- การประเมินความคาดหวังของลูกค้าที่มาใช้บริการ	- ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน	7.2-1
		- ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการเรียนการสอน แยกตามสาขา	7.2-2
		- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและใน (ภาพรวม)	7.2-3
		- ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย	7.2-6
หลักความรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลโดยใช้หลัก Patient Safety	- การช่วยเหลือน้องสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ ศปช	- อัตราการทบทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	7.1-31
		- ร้อยละแผนงาน/โครงการบริการวิชาการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์	7.4-12
		- ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	7.1-32
หลักความโปร่งใส	- ระบบตรวจสอบการเงินจากผู้ตรวจสอบบัญชีภายนอก	- ผลการตรวจสอบบัญชีผ่านเกณฑ์	7.5-3
หลักการมีส่วนร่วม	- ภายใน ร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	- ร้อยละของตัวแทนหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการจัดทำแผน	7.4-10
หลักการกระจายอำนาจ	- ผู้อำนวยการ ศปช มีการกระจายอำนาจไปยังรองผู้อำนวยการและผู้ช่วยผู้อำนวยการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทรัพยากรและการปกครองหน่วยงานอื่น ๆ ที่	- ผลการปฏิบัติงานรายบุคคลของรองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	7.4-7
หลักนิติธรรม	- การบริหารโดยยึดหลักเกณฑ์และกฎระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยและ ศปช	- อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการทำผิดระเบียบของมหาวิทยาลัย	7.4-8
หลักความเสมอภาค	- การให้บริการผู้ป่วยโดยไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนา เพศ อายุ สถานะ	- อุบัติการณ์การร้องเรียนด้านจริยธรรม	7.4-9
หลักมุ่งเน้นฉันทามติ	- มีคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมกำกับนโยบายและการดำเนินการของ ศปช	- คะแนนการประเมินความพึงพอใจที่ผู้บริหารศูนย์การแพทย์ฯ	7.4-1

ข. การสื่อสาร (Communication)

ศปช ส่งเสริมให้มีการสื่อสารโดยแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การสื่อสารแบบทางเดียว (One – way Communication) 2) การสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) การสื่อสารทางเดียว มีการจัดทำ Website/Facebook ของ ศปช ส่วนการสื่อสารสองทางมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ (Leadership walk Round) ปีละ 2 ครั้ง ประเด็นในการสื่อสารนอกจากแจ้งนโยบายที่สำคัญแล้ว ยังเปิดรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติ โดยจัดตารางลงเยี่ยมหน่วยงานอย่างเป็นทางการและการลงเยี่ยมหน่วยงานอย่างไม่เป็นทางการ มีการนำข้อมูลที่ได้รับเสียงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติสู่การแก้ไข เช่น เรื่องสวัสดิการ

หอพัก สวัสดิการคำรักษาพยาบาล และค่าเล่าเรียนบุตร รวมทั้งยังให้ความสำคัญต่อเนื่องไปถึงการกำหนดเป็นนโยบายอีกด้วย มีการจัดตั้งคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในและมอบหมายให้ลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อสื่อสารนโยบายและวิสัยทัศน์ แล้วนำผลการประเมินมาทบทวน ปีละ 2 ครั้ง จัดให้มีการประชุมที่บริหารทุกสัปดาห์ เพื่อสื่อสารและรับฟังปัญหาเร่งด่วน และนำประเด็นต่าง ๆ เข้าปรึกษาเพื่อหาความเห็นชอบ จากที่ประชุมคณะกรรมการ

รูป 1.1-3 ตารางรูปแบบการสื่อสารขององค์กร						
วิธีการ	รูปแบบ	ความถี่	ความสำคัญ	ผู้รับสาร		วัตถุประสงค์การสื่อสาร
				บุคลากร	ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
ระดับนโยบายและการจัดการ						
1. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	1	3M	A	H5	-	M, S, A, K, P
2. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน	2	1M	A	H5	C5	M, S, A, K, P
3. ประชุมที่บริหาร	2	1W	A	H5	-	M, S, A, K, P
4. ประชุมคณะกรรมการบริหาร	2	1M	A	H1, H2, H3, H4, H5	-	M, S, A, K, P
5. ประชุมคณะกรรมการคร่อมสายงาน/ระบบ	2	1M	A	H1, H2	-	M, S, A, K, P
6. ประชุมกรรมการสาขาวิชา/หน่วยงาน	2	1M	A	H1, H2, H3, H4, H5	-	M, S, A, K, P
7. ประชุมความร่วมมือ 2 ศูนย์	2	6M	A	H1, H2, H3, H4	-	M, S, A, K, P
ระดับบุคลากร						
1. ประชุมองค์กรวิชาชีพ	2	1M	A	H2	-	M, S, A, K, P
2. ประชุมสำนักงานศูนย์	2	1M	A	H4, H5	-	M, S, A, K, P
ระดับการจัดการทั่วไป						
1. Weekly bulletin	1	1M	A	H1, H2, H3, H4, H5	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8	M, S, A, K
2. จดหมายเวียน	1	1M	S	H1, H2, H3, H4, H5	C7	M, S, A, K, P
3. website	1	1M	A	H1, H2, H3, H4, H5	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8	M, S, A, K
4. E mail	2	1M	S	H1, H2, H3, H4, H5	C1, C7, C8	M, S, A, K, P
5. Facebook	2	1M	A	H1, H2, H3, H4, H5	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8	M, S, A, K
6. Line	1	1M	A	H1, H2, H3, H4, H5	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8	M, S, A, K
ระดับความเสี่ยงและความปลอดภัย						
1. การซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่	2	6M	A	H1, H2, H3, H4, H5	C8	A, K, P
2. การซ้อมแผนอัคคีภัย	2	6M	A	H1, H2, H3, H4, H5	C8	A, K, P
3. Walk Rally / 2P Safety	2	1Y	A	H1, H2, H3, H4, H5	-	M, S, A, K, P

หมายเหตุ: รูปแบบ : 1 = One Way, 2 = Two Way

ความถี่ : 1W = 1 สัปดาห์, 1M = 1 เดือน, 3M = 3 เดือน, 6M = 6 เดือน, 1Y = 1 ปี

ความสำคัญ: A = Annually (ประจำปี), S = Situation (รายครั้ง)

บุคลากร: H1 = บุคลากรด้านการจัดการเรียนการสอน, H2 = บุคลากรด้านการบริการสุขภาพ, H3 = บุคลากรด้านการวิจัย, H4 = บุคลากรงาน

สนับสนุนทั่วไป, H5 = ทีมบริหาร

ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: C1 = นิสิตแพทย์ มศว แพทย์ประจำบ้าน, C2 = ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน, C3 = ผู้ป่วยนอก, C4 = ผู้ป่วยใน, C5 = ชุมชนในเขตรับผิดชอบ, C6 = ผู้มีอุปการคุณ, C7 = ผู้วิจัย, C8 = ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วัตถุประสงค์: M = Mission/Vision/รพ.คุณธรรม, S = Stategic Plan, A = Action Plan, K = Knowledge Transfer, P = Process improvement

บริหาร สปช และ คณะกรรมการดำเนินงาน สปช ทุกเดือน หากที่ประชุมมีเรื่องเร่งด่วนที่ต้องการสื่อสารกับบุคลากร มีการสื่อสารโดยทำจดหมายข่าว เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน นอกจากนี้ยังมีการสื่อสาร

ที่ไม่เป็นทางการ คือ การโทรศัพท์ การมาพบที่ห้องนอกเวลาราชการ และการสื่อสารผ่าน Line เฉพาะกลุ่ม ทำให้สามารถสื่อสารได้รวดเร็ว ได้ตอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการสื่อสารกับลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความมั่นใจต่อบริการของ ศปช มีการจัดทำ Website / Facebook / Line ของ ศปช เพื่อสื่อสารการบริการของ ศปช และข่าวสารเกี่ยวกับกิจการภายในต่อสาธารณชน เช่น โครงการพัฒนาบุคลากร โครงการ อสม.จิต การออกหน่วยแพทย์พระราชทาน การจัดสอนช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้กับหน่วยงานกรมชลประทาน โรงเรียนชลประทานวิทยาและโรงเรียนชลประทานสงเคราะห์ รวมทั้งพระภิกษุและจิตอาสาของวัดชลประทานรังสฤษฎ์ นอกจากนี้ ทีมบริหารยังได้เสนอเรื่องศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ต่อทั้งเทศบาลนครปากเกร็ดและจังหวัดนนทบุรี เพื่อให้รับทราบการพัฒนาการบริการ ผลที่คาดว่าจะได้รับ และขอการสนับสนุนงบประมาณ

การเสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีผลงานที่ดี ผู้บริหารได้มีการค้นหาบุคลากรดีเด่นของ ศปช ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสอน ด้านวิชาชีพ ด้านบริหาร และด้านบริการ รวมทั้งสนับสนุนให้เป็นบุคลากร ได้รับรางวัลดีเด่นจนถึงระดับมหาวิทยาลัยและระดับประเทศ

การสร้างคุณค่าทางด้านจิตใจ ได้มีการนำ Concept “ยิ่งให้ ยิ่งได้” ของบุคคลที่เป็นแบบอย่าง คือ หลวงพ่อปัญญา นันทภิกขุ เป็นแรงจูงใจและบุคลากรร่วมกันกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม ตามอัตลักษณ์ “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ”

ค. พันธกิจและผลการดำเนินการขององค์กร (MISSION and Organizational PERFORMANCE)

(1) การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ (Creating an Environment for Success)

เนื่องจากในปี 2559 ศปช มีภาวะการเงินที่ไม่คล่องตัว บุคลากรมีความไม่สบายใจ มีความลำบากในการดำเนินงาน ผู้บริหารสูงสุดจึงได้กำหนดนโยบาย Change for the better ปรับเปลี่ยนองค์กรให้ดีขึ้น เพื่อรองรับอนาคตทั้งทัศนคติและวิธีการปฏิบัติงาน ปรับเปลี่ยนการทำงานของทีมงานบริหารโดยประชุมทุกวันพฤหัสบดี เริ่ม 08.30-10.30 น. เพื่อแก้ปัญหาของ ศปช ทบทวนการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอกที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินการของ ศปช และวางแนวทางแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ขององค์กร นำมาตรฐาน TQA มาใช้ในการบริหาร ทีมบริหารทุกคนเข้าอบรม Criteria TQA ใช้หลักธรรมาภิบาล โดยทำงานในรูปคณะกรรมการ ตรวจสอบได้และมีส่วนร่วม มีการควบคุมต้นทุนในรูปของคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คณะกรรมการ Lab X-ray Unit Cost เป็นต้น จัดตั้งหน่วยลูกค้าสัมพันธ์และการตลาด เพื่อระดมทุนและจัดหาเงินบริจาค ปรับ Flow การให้บริการด้านหน้า ปรับอัตราค่าบริการ ให้ทันต่อสถานการณ์ต่อปัจจุบัน ปรับ Flow การจ่ายเงินสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาล/ค่าเล่าเรียนบุตรของบุคลากรให้ได้รับตรงเวลาทุกเดือน จัดตั้ง Premium Clinic เพื่อเพิ่มรายรับขององค์กร นำ ศปช เข้าร่วมสมาชิก UHosNet เพื่อเป็นเป้าหมายร่วมในการดำเนินการ และสร้างกำลังใจให้กับทุกคน รวมทั้งมีการลงเยี่ยมหน้างานของผู้บริหาร ในปี 2560 แม้สถานการณ์ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ทีมบริหารยังให้ความสำคัญเรื่องสวัสดิการของบุคลากร เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ได้รับจากการลงเยี่ยมหน้างาน

ในการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน ที่นำมาซึ่งการประเมินความเสี่ยง (Intelligence Risk) หลังจากประเมินตนเอง พบว่า ศปช มีจุดเด่นที่จะขับเคลื่อนเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center) ได้ จึงเป็นที่มาของการกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศและศูนย์ความเชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาสมรรถนะ ได้กำหนดให้มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ได้กำหนดการสร้างสภาพแวดล้อม โดยมีการประเมินความพร้อม นำสู่การกำหนดและสร้างการมีส่วนร่วมให้กับบุคลากร มีการจัดทำแผน 5 ปี ครอบคลุมทั้งการจัดบริการ แผนครุภัณฑ์และแผนพัฒนาบุคลากรในกลุ่มศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ต่าง ๆ และส่งเสริมให้บุคลากรมีการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เช่น CoP RM, CoP Respirator, CoP Pain เป็นต้น เพื่อแก้ไขปัญหาหน้างาน สร้างองค์ความรู้ เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีให้สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในแต่ละส่วน รวมทั้งยังส่งเสริมให้มีการปรับปรุงพัฒนางาน ลดขั้นตอนการทำงานด้วยกิจกรรม Lean

ด้านงานวิจัยได้จัดสถานที่ให้คำปรึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญ และนักสถิติ จัดสถานที่ทำงานของนักวิจัย มีห้องสมุดในการสืบค้นงานวิจัย มีคณะกรรมการส่งเสริมวิจัยที่มีการประชุมทุก 3 เดือน จัดให้มีทุนอุดหนุนการดำเนินงานวิจัย, ทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ และทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปี มีวารสารคณะแพทยศาสตร์ และของมหาวิทยาลัย ให้นักวิจัยให้ส่งผลงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานของตนเอง มีการประชาสัมพันธ์ ในช่องทางต่างๆ เครือข่ายความร่วมมือด้านการวิจัยกับสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย และ เครือข่ายวิจัยทางการแพทย์ วิสาหกิจเพื่อสังคม (Med Res Net) โดยมูลนิธิส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research Foundation) มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาโครงร่างงานวิจัย และออกใบรับรองจริยธรรมการวิจัย ดูแลปกป้องสิทธิของอาสาสมัคร และสนับสนุนให้ความรู้โดยการจัดอบรมมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์และได้ใบรับรองก่อนที่จะดำเนินงานวิจัยได้จัดคาดหวังว่าการสร้างวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรเพื่อมุ่งเน้นลูกค้าโดยการกำหนดอัตลักษณ์องค์กรตามโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” จะสนับสนุนการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้วยความภาคภูมิใจจากการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านผู้มารับบริการผลลัพธ์การรักษาและผลประกอบการ พบว่า สถิติผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับผลลัพธ์ด้านการรักษาดีขึ้น/แย่ง และผลประกอบการเป็นลบอยู่ 3 ศูนย์ความเป็นเลิศ คือ 1) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ 2) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา 3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิด มีผลประกอบการที่ดี คือ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง ส่วนศูนย์ความเชี่ยวชาญมีแนวโน้มที่ดี คือ ศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านการนอนกรนและด้านการเปลี่ยนเข้า ในด้านสารสนเทศมีการปรับระบบ HOSXP V4 และการปรับค่าบริการ โดยมีการประเมินและเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลข้างเคียง ซึ่งพบว่า หลังการปรับแล้วทำให้รายได้ของ ศปช เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

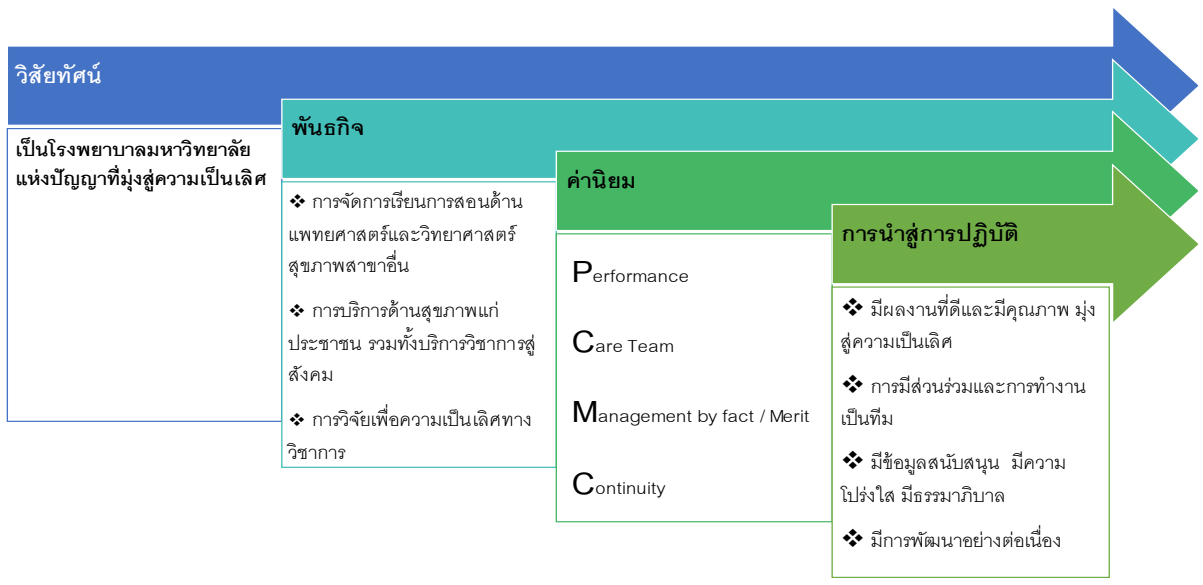
เพื่อส่งเสริมให้องค์กรประสบความสำเร็จ มีการวางแผนสืบทอดตำแหน่ง มีการส่งเสริมความรู้ของผู้นำทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุตามวิสัยทัศน์ มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากร กำหนดหลักสูตรที่ผู้จะสืบทอดตำแหน่งต่อได้มีการเรียนรู้ เช่น หลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล (Leadership in Medical Hospital Administration) หลักสูตรผู้บริหารสถาบันแพทยศาสตร์ หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น ในระดับโรงพยาบาลและฝ่าย

การพยาบาล มีการกำหนดประเด็นที่ผู้บริหารต้องผ่านการเรียนรู้ เช่น การบริหาร การเป็นผู้นำ ระเบียบการเงิน ระบบคุณภาพ เช่น TQA, HA, QA และ EdPEx ส่วนด้านการประเมินภายในผู้บริหารสูงสุดจะประเมินโดยอธิการบดีมหาวิทยาลัย และเกณฑ์การติดตามตัวชี้วัดและประเมินผลการปฏิบัติงาน มศว ทุกปีงบประมาณ การประเมินภายนอก มีบริษัทผู้ตรวจสอบบัญชีเข้ามาทำการตรวจบัญชีของ ศปช ตามมาตรฐาน

(2) การให้เกิดการปฏิบัติการอย่างจริงจัง (Focus on Action)

บทบาทของผู้นำที่เด่นชัดในการสร้างความยั่งยืน คือ การนำ ค่านิยมองค์กร (PCMC) มาใช้ในการขับเคลื่อนองค์กร เพราะนอกจากจะเป็นค่านิยมแล้ว ยังคงมีลักษณะของวงจรคุณภาพอีกด้วย

รูป 1.1-4 ตารางยุทธศาสตร์ ค่านิยม และการนำสู่การปฏิบัติ



ตัวอย่างสำคัญ เช่น ทีมนำได้มีการนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินการขององค์กรนำสู่การกำหนดจุดเน้น เช่น พบว่า ศปช มีปัญหาด้านการเงิน รายรับน้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย จึงกำหนดจุดเน้น เพิ่มรายรับลดรายจ่าย โดยให้ทุกหน่วยงานนำ Lean และ CQI มาใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนินงาน มีการดำเนินการเรื่อง Unit Cost มีการจำกัดการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กำกับตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ โดยมีการกำกับตามแผนปฏิบัติ มีการทบทวน Risk เพื่อแก้ไขให้ทันเหตุการณ์ ทำให้การควบคุมรายจ่ายดีขึ้น สภาวะทางการเงินดีขึ้นตามลำดับ

จากการที่ ศปช ออกนอกระบบ จำเป็นจะต้องมีความยั่งยืน สามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเอง มีการติดตาม BSC โดยด้าน Finance มีการใช้ Unit Cost, การปรับปรุงระบบ Inventory, การสร้างคุณค่าให้แก่ลูกค้า ผ่านอัตลักษณ์บริการด้วยใจ มุ่งเน้นการเยียวยาใจด้วยธรรมะ เห็นผู้ป่วยเป็นเสมือนญาติ มีการปรับ Flow บริการด้านหน้า, ด้านกระบวนการภายใน ติดตามการใช้จ่ายสมเหตุผล (RDU), ด้านบุคลากร เสริมสร้างแรงจูงใจ ไม่ตัดเงินเพิ่มพิเศษเพื่อการแข่งขันทางการตลาดและไม่ลดค่าตอบแทนนอกเวลาราชการของบุคลากร แม้รายรับที่ได้ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Societal Responsibilities)

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational GOVERNANCE)

(1) ระบบการกำกับดูแลองค์กร (GOVERNANCE System)

โครงสร้างการบริหาร ศปช ภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการอำนวยการ ศปช ที่มีอธิการบดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นประธาน มีหน้าที่กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริหารงาน ศปช และควบคุมดูแลให้เป็นไปตามนโยบายที่มหาวิทยาลัยกำหนด และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ ศปช พิจารณาประมาณการรายรับ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของ ศปช เป็นต้น มีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีรองอธิการบดีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน ผู้อำนวยการ ศปช เป็นรองประธาน มีหน้าที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานของ ศปช และควบคุมดูแลให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการอำนวยการกำหนด องค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากคณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย และเทศบาลนครปากเกร็ด โดยมีผู้แทนของสหวิชาชีพ ที่ได้รับการคัดเลือกตามระเบียบบริหารของ ศปช ซึ่งระบุชัดเจนทั้งที่มาและวาระ ร่วมเป็นคณะกรรมการ รายงานการประชุมแต่ละครั้งมีประกาศให้ทราบทั่วถึง เป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนการบริหารภายใน มีคณะกรรมการบริหาร ศปช ที่มีผู้อำนวยการเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้างานโดยตำแหน่ง ซึ่งครอบคลุมระบบงานสำคัญของ ศปช ร่วมเป็นกรรมการ

ถึงแม้การบริหารจะอยู่ภายใต้การกำกับของมหาวิทยาลัย แต่ได้มีระเบียบบริหาร ศปช ที่เป็นของตนเอง ทำให้มีความเป็นอิสระ มีโครงสร้างองค์กรของ ศปช อยู่ภายใต้การกำกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีผู้อำนวยการ ศปช เป็นผู้บริหารสูงสุด แบ่งการบริหารงานเป็น 8 ฝ่าย คือ 1) ฝ่ายการแพทย์ 2) สำนักงานศูนย์ 3) ฝ่ายสนับสนุน 4) ฝ่ายการพยาบาล 5) ฝ่ายทรัพยากรบุคคล 6) ฝ่ายคุณภาพ 7) ฝ่ายบริหารทรัพย์สินและกิจการพิเศษ 8) ฝ่ายวิชาการและวิจัย อย่างไรก็ตาม เพื่อความโปร่งใส ศปช มีคณะกรรมการตรวจสอบภายในที่จะต้องรายงานให้ทางมหาวิทยาลัยทราบ รวมทั้งมีการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก เช่น คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน เข้ามาตรวจสอบเช่นเดียวกับองค์กรภาครัฐทั่วไป นอกจากนี้ ยังมีผู้ตรวจสอบบัญชีจากภายนอก ประสิทธิภาพของการบริหาร จากการตรวจสอบพบว่า ผ่านตามเกณฑ์การบริการร่วมกับทางเทศบาล โดยใช้พื้นที่ของ ศปช แก่เทศบาลในการตั้งหน่วยบริการเคลื่อนที่ของสำนักงานทะเบียน ทำบัตรประชาชน แจ็งเกิด-ตาย นอกจากนี้ ยังจัดตั้งกองทุนสงฆ์อาพาธ เพื่อพระภิกษุ-สามเณร จากวัดชลประทานรังสฤษฎ์และวัดอื่น ๆ

การควบคุมกำกับภายใน ศปช ผู้นำระดับสูงมีการประชุมทุกวันพฤหัสบดีช่วงเช้า หากผู้อำนวยการ ศปช ไม่อยู่จะมอบหมายผู้ทำหน้าที่แทน ประเด็นที่ปรึกษาเป็นเชิงนโยบาย ที่ได้มาจาก คณะกรรมการชุดต่าง ๆ ทั้งจากภายนอก-ระดับมหาวิทยาลัย และภายใน เพื่อนำสู่การปฏิบัติ เช่น การประชุม มศว การประชุมจังหวัด การประชุมเรือนต์หลวง สำหรับการประชุมของคณะกรรมการที่มนำสนับสนุนเฉพาะด้าน เช่น การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาระบบยา สารสนเทศ เวชระเบียน คณะกรรมการด้านหน้า มีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นต้น

ในการติดตามแผนกลยุทธ์ มีการติดตามในคณะกรรมการบริหาร รายงานความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคทุกไตรมาส โดยผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน คือ งานนโยบายและแผน

ด้านการเงิน มีการประชุมเดือนละครั้ง

-: ติดตาม รายรับ – จ่าย

-: ประเมินประสิทธิภาพ ทั้งการวิเคราะห์ลูกค้า/การจัดการ segment ลูกค้า การติดตามภาระหนี้ (โดยเฉพาะด้านยา)

-: การเพิ่มรายรับ – ควบคุมรายจ่าย มีการปรับอัตราเรียกเก็บ ปรับจตุรับเงินเพิ่ม เพื่ออำนวยความสะดวก มีการควบคุมวัสดุการแพทย์, วัสดุวิทยาศาสตร์ เริ่มเห็นแนวทางในการลดต้นทุน หนี้มวลรวมเริ่มมีแนวโน้มลดลง ทำให้ผลกระทบปัญหาด้านยาดีขึ้น สวัสดิการสำหรับบุคลากรดีขึ้น มีประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการ ด้านการเงินดีขึ้น

มีการดำเนินการที่มีความโปร่งใส โดยดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ มีการทำงานเป็นทีม ในการคิด การตัดสินใจ เอกสารสามารถตรวจสอบได้ มีการนำเสนอข้อมูล ให้กับคณะกรรมการตามลำดับขั้น

(2) การประเมินผลการดำเนินการ (PERFORMANCE Evaluation)

การประเมินผลการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูงโดยประเมินผลความสามารถในการกำกับติดตาม ผลงานขององค์กรด้านยุทธศาสตร์และการปฏิบัติการ เช่น ด้านการเงิน ด้านธรรมาภิบาล โดยสภามหาวิทยาลัย เป็นผู้กำหนด KPI กลาง ส่วนการประเมินภายในใช้แบบสอบถามออนไลน์โปรแกรม 9 Cells และ Emo-Meter ในการวิเคราะห์ผลการกำกับองค์กรภายในและใช้ผลนี้ในการประเมินผู้นำองค์กร

ผู้บริหารระดับสูงและคณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรใช้ผลการประเมินข้างต้นเพื่อวางแผนพัฒนาผู้นำ โดยส่งผู้บริหารอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาตนเองและนำมาปรับปรุง ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของ องค์กร

ข. การประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม (Legal and ETHICAL BEHAVIOR)

(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ (Legal and Regulatory Compliance)

ด้านบริการสุขภาพ ได้มีการดำเนินการตามกฎหมาย ทั้งการเตรียมการเชิงรุก เช่น การก่อสร้าง อาคารหลังใหม่ ต้องมีการตรวจรับรองผ่าน EIA, การปฏิบัติงานทั่วไป ต้องเป็นไปตามกฎหมายและกฎระเบียบ การเงิน การพัสดุ หากการดำเนินการอาจมีผลกระทบต่อสังคม ให้ยึดตามกฎหมายด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การบำบัด น้ำเสีย การกำจัดขยะ การมีรีไซเคิลขยะ ทั้งนี้ การกำจัดขยะติดเชื้อ/ขยะสารพิษ ได้ทำสัญญาร่วมกับเทศบาล และ ปัจจุบันกำลังดำเนินการจัดทำโรงควบคุมขยะ-ควบคุมน้ำเสีย ให้ได้ตามมาตรฐาน สำหรับการควบคุมโรค ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ด้านการเรียนการสอน ได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ใน มาตรา 5 และมาตรา 47 วรรคสอง โดยสาระสำคัญเกี่ยวกับ ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการศึกษา โดยใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ใช้กฎระเบียบข้อบังคับโดยแพทยสภา ด้านการวิจัย ใช้ระเบียบว่าด้วยเรื่องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(2) การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม (ETHICAL BEHAVIOR)

บุคลากรในองค์กรประพฤติปฏิบัติตามกฎระเบียบของแต่ละวิชาชีพ นอกจากนี้ องค์กรยังมีนโยบาย โรงพยาบาลคุณธรรม ซึ่งแต่ละหน่วยงานกำหนดพฤติกรรมและอัตลักษณ์ตามที่หน่วยงานตนเองกำหนดส่งผลให้

ลดข้อขัดแย้งและข้อร้องเรียนระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กรณีมีข้อร้องเรียนหรือข้อขัดแย้งจากช่องทาง การรับฟังข้อร้องเรียนหรือการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อตรวจสอบหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามระเบียบ ศปช ได้ใช้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 ด้านการซื้อขายยา ส่วนด้านการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องเขียนโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองให้ดำเนินการผ่านคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม (Societal Responsibilities)

(1) ความผาสุกของสังคม (Societal Well-Being)

ศปช มีการสำรวจประเด็นที่เป็นปัญหาของสังคมระดับชาติไปเป็นข้อมูลในการวางแผนกลยุทธ์ แล้วนำมาวางแผนพัฒนาบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ได้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการเตรียมการรองรับอุบัติเหตุหมู่ ร่วมกับหน่วยงานในจังหวัด มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุขแก่ชุมชน เพื่อช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้น เช่น การอบรมกู้ภัย การจัดการสอน CPR ในวัด โรงเรียน และกรมชลประทาน การอบรม อสม. จิว เพื่อดูแลครอบครัวในชุมชน การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากการบริการของ ศปช เช่น ร่วมกับเทศบาล ในการกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน ระบบบำบัดน้ำเสีย รวมทั้งการออกหน่วยแพทย์พระราชทานในชุมชน ที่ห่างไกล การจัดคลินิกให้บริการที่วัดชลประทาน และการออกหน่วยตรวจโรคตาให้กับกองสลาก เป็นต้น

(2) การสนับสนุนชุมชน (Community Support)

ผู้บริหารมีความตั้งใจในการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนโดย มีการสำรวจความต้องการของชุมชนที่อยู่รอบ ศปช ได้แก่ สถานสงเคราะห์ต่าง ๆ รวม 14 แห่ง ชุมชนบ้านพักของบุคลากร กรมชลประทาน ชุมชนในเขตตลาด โดยเป็นส่วนหนึ่งในแผนกลยุทธ์ เพื่อกำหนดโครงการพัฒนาบริการให้เป็นไปตามความต้องการ และเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและสาขากุมารเวชกรรม เข้าไปให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่สถานสงเคราะห์ในด้านตรวจสุขภาพและการดูแลรักษาโรค การปรับปรุงสถานที่สำหรับผู้ป่วยแยกโรค ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์ผู้ให้บริการ ดูแลและป้องกันโรค มีการรับผู้พิการมาประกอบอาชีพ ส่วนชุมชนในเขตบ้านพักกรมชลประทานและเขตตลาด ปัญหาของชุมชนเป็นสังคมผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ส่งเสริม อสม. จิว ในการดูแลครอบครัวและชุมชน สำหรับในเขตตลาดมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้ร่วมกับเทศบาลในการเข้าไปดูแลสุขภาพในภาพรวม นอกจากนี้ ยังได้ขยายโครงการ อสม. จิว ไปสู่จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ดูแลของมหาลัยอีกด้วย

หมวด 2 กลยุทธ์ (Strategy)

2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development PROCESS)

(1) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning PROCESS)

ศปช. มีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยเริ่มปรับการวางแผนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับพันธกิจใหม่และตามกรอบระยะเวลาวิสัยทัศน์ฯ ภายหลังจากโอนย้ายเข้าสังกัดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ซึ่งได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง ตัวแทนของสาขาวิชา ส่วนงานและสหวิชาชีพต่าง ๆ ในองค์กร เพื่อวางแผนการดำเนินงาน สำหรับการทำให้แผนยุทธศาสตร์ในปี 2562-2566 ทาง ศปช. ได้นำโปรแกรม Strategic Management Analysis Reporting Tool มาใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการทำให้แผนยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ดังรูป 2.1-1



การปรับแผนยุทธศาสตร์สามารถทำได้อย่างคล่องตัว เนื่องจาก ศปช มีระเบียบการบริหารเป็นของตนเอง (ระเบียบมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการบริหารงาน ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2561) หากมีความจำเป็นต้องปรับแผนยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น จะมีการประชุมของคณะกรรมการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ เสนอต่อที่บริหาร ศปช ที่มีการประชุมทุกสัปดาห์ และเสนอต่อคณะกรรมการดำเนินการ ศปช เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติในการปรับแผนยุทธศาสตร์ต่อไป ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารกำหนดนโยบาย Change for the Better กำหนดจุดเน้นเพิ่มรายรับลดรายจ่าย กระตุ้นให้มีการทำ Lean แต่พบว่า มีเพียงการปรับกระบวนการและลดขั้นตอน ต่อมาจึงได้ทบทวน Unit Cost ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการในการควบคุมการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับอัตราค่าบริการ ปรับปรุงระบบ Inventory ปรับระบบ Flow ด้านหน้า เกิดนวัตกรรม เช่น การทำบัตรคิวสีส้ม สำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่มีอุปการคุณ ซึ่งพบว่าการปรับตามนโยบายข้างต้นยังไม่สามารถเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นการปรับกระบวนการเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงได้มีการปรับนโยบายการวัดผลแบบ Objective and Key Results (OKRs) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสเสนอแนวทางการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรมด้วยตนเองและสามารถใช้วัดผลการปฏิบัติงานของตนเองได้จริง

(2) นวัตกรรม (INNOVATION)

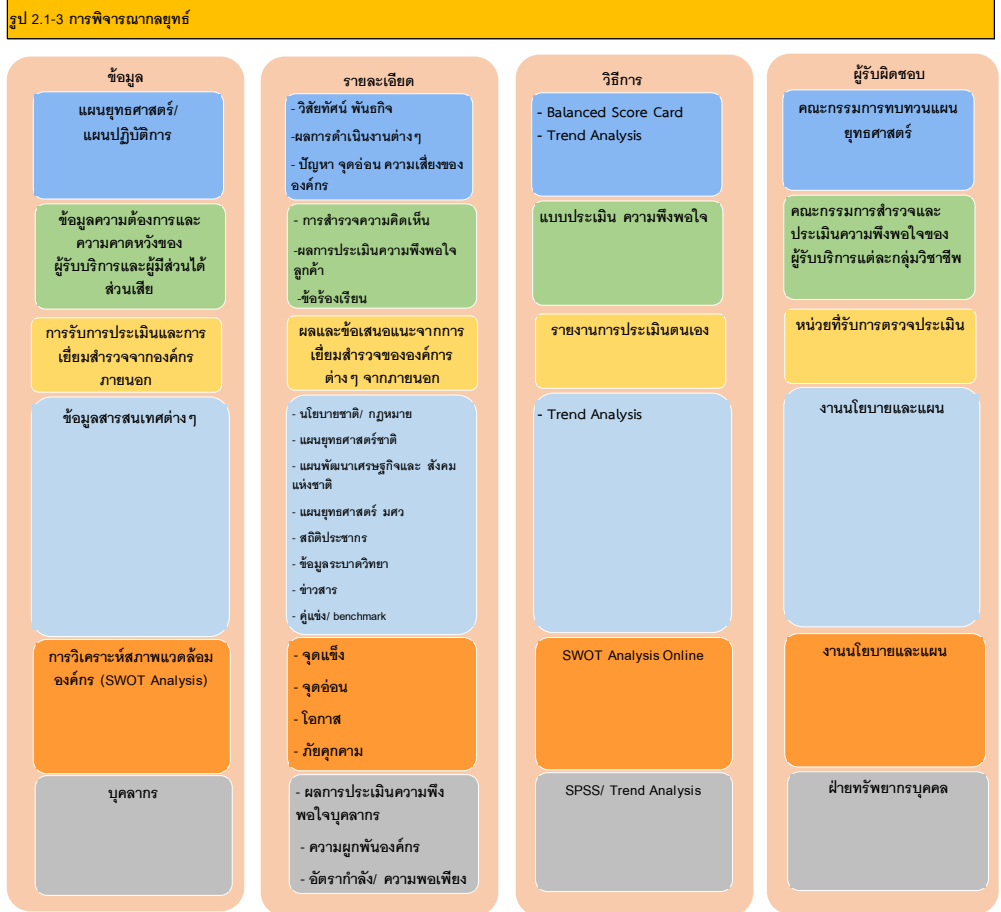
กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ของ ศปช กระตุ้นและทำให้เกิดนวัตกรรม โดยในกระบวนการทำแผนกลยุทธ์ ได้โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย ทำให้มีการขยายตัวในด้านการเรียนต่อของแพทย์ มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น จึงทำให้เกิดโอกาสการจัดบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศและเชี่ยวชาญในแต่ละด้านเกิดขึ้น เช่น ศูนย์ความเป็นเลิศในด้านการบาดเจ็บหลายอวัยวะ การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา นอกจากนี้ ยังมีศูนย์เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง การเปลี่ยนข้อเข่า การนอนกรน และการดูแลผู้ป่วยโรคตาครบวงจร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสอดคล้องกับ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุขและของจังหวัดนนทบุรี รวมทั้งมีการกำหนดเป้าประสงค์ เพื่อมีการสนับสนุนให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และผลักดันให้เกิดนวัตกรรมจากการปฏิบัติงานขององค์กร ดังรูป 2.1-2 โดย ศปช มีการสนับสนุนงบประมาณในการคิดค้นนวัตกรรม มีการมอบโล่และประกาศนียบัตรแก่ผู้ทำผลงานที่ได้รับรางวัล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากร

รูป 2.1-2 ตารางนวัตกรรม			
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มขีดสมรรถนะองค์กรสู่โรงพยาบาลแห่งปัญญา (Smart Hospital and Smart Head and Smart Hand)			
เป้าประสงค์	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์
เป้าประสงค์ 10 : วัฒนธรรมองค์กรที่ตอบรับต่อเทคโนโลยี ตัวชี้วัด 10.1 : ผลงานด้านเทคโนโลยีที่นำมาใช้ประโยชน์	กระตุ้นให้เกิดการคิดและพัฒนา นวัตกรรมขององค์กรเป็นประจำปี ผ่านโครงการมหกรรมคุณภาพ จนเกิดนวัตกรรมในด้านต่างๆ - นวัตกรรมด้านการให้บริการ - นวัตกรรมด้านการเรียนการสอน : ระบบจัดการคลังข้อสอบอิเล็กทรอนิกส์ - นวัตกรรมด้านการวิจัย	<input type="checkbox"/> งานพัฒนาคุณภาพ งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน งานวิจัย	การนำเสนอผลลัพธ์นวัตกรรม - ปี 2559 = 4 เรื่อง - ปี 2560 = 2 เรื่อง - ปี 2561 = 5 เรื่อง - ปี 2562 = อยู่ระหว่างดำเนินการ
เป้าประสงค์ 14 : มีวัฒนธรรมองค์กรแบบ Learning Organization ตัวชี้วัด 14.1 : ร้อยละนวัตกรรม, CQI และ KM ที่ผ่านกระบวนการ PDCA	กิจกรรมถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทาง วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ผ่านคณะกรรมการพัฒนาการจัดการความรู้และการบริหารจัดการแบบสิ้น	คณะกรรมการพัฒนาการจัดการความรู้และการบริหารจัดการแบบสิ้น	ร้อยละของหน่วยงานที่ใช้เทคโนโลยีมา lean ในการปรับปรุงกระบวนการงาน - ปี 2559 = 62.22 % - ปี 2560 = 61.54% - ปี 2561 = 42% - ปี 2562 = อยู่ระหว่างดำเนินการ

(3) การพิจารณากลยุทธ์ (Strategy Considerations)

ศปช มีวิธีการรวบรวมข้อมูลที่มีความสำคัญ โดยกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ของ ศปช ประกอบด้วย

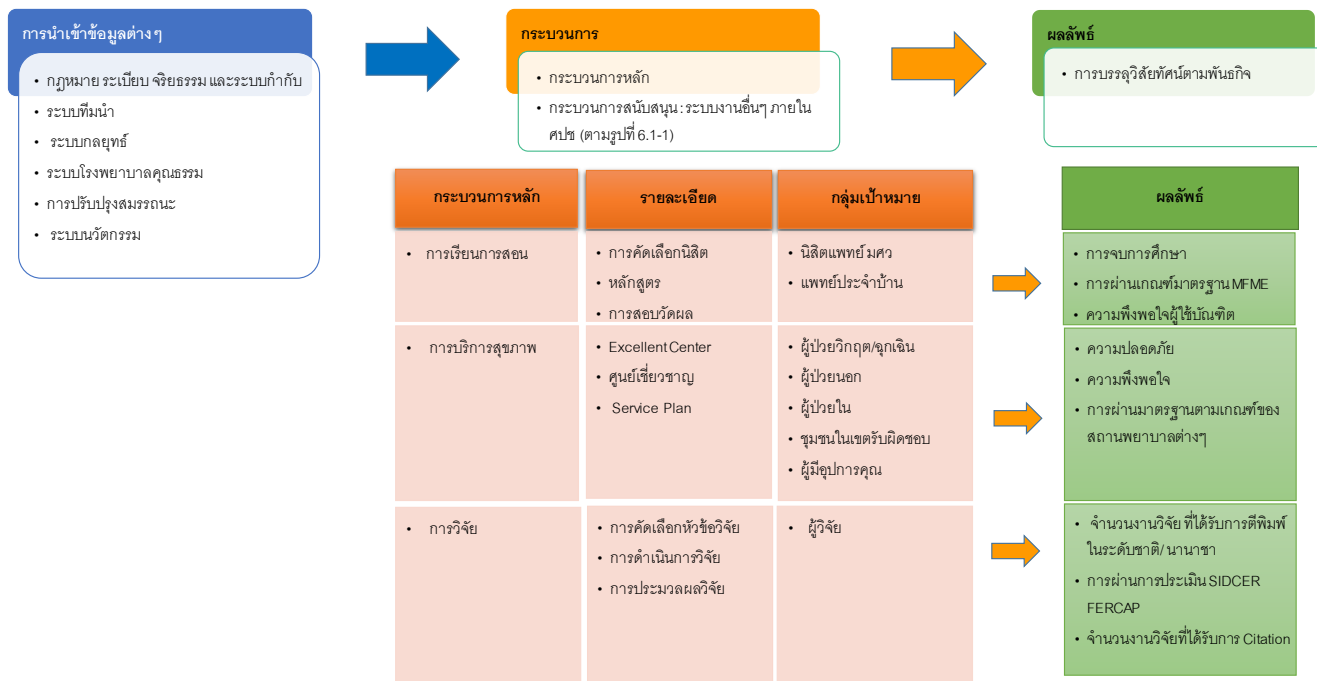
5 ขั้นตอน ดังรูป 2.1-1 ซึ่งในกระบวนการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยมีองค์ประกอบและรายละเอียด ดังรูป 2.1-3 การพิจารณากลยุทธ์จะมีการทบทวน ติดตามและการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ทุกไตรมาส โดยจะนำเข้าสู่คณะกรรมการบริหาร ศปช พิจารณา เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและทราบแนวโน้มที่กำลังเกิดขึ้น



(4) ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร (WORK SYSTEMS and CORE COMPETENCIES)

ศปช มีวิธีการในการตัดสินใจ ว่ากระบวนการที่สำคัญในการดำเนินการ โดยระบบงานของ ศปช

จะดำเนินไปตามพันธกิจ ศปช คือ การเรียนการสอน การบริการ และการวิจัย ทั้งนี้ในระบบงานหลักจะมีรองผู้อำนวยการฝ่ายและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาผลการดำเนินการและวางแผนการพัฒนาสมรรถนะหลักขององค์กร ซึ่งระบบงานหลักจะส่งผลกระทบต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร ทำให้มีกระบวนการในการตัดสินใจผ่านคณะกรรมการดำเนินงานและคณะกรรมการอำนวยการของ ศปช ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากผู้บริหารมหาวิทยาลัยมาร่วมด้วย ตลอดจนมีตัวแทนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมเป็นกรรมการ อาทิเช่น ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนครปากเกร็ด), ตัวแทนจากคณะแพทย์ ตัวอย่างการอนุมัติผ่านคณะกรรมการดำเนินงาน เช่น การส่งเรียนต่อเฉพาะทาง หรือต่อยอดสำหรับแพทย์ สำหรับระบบงานสนับสนุนบางประเภท เช่น งานซักผ้า งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย จะมีการพิจารณาโดยคณะกรรมการบริหารของ ศปช พิจารณาส่งต่อให้กับพันธมิตรภายนอกที่มีศักยภาพเข้ามาดำเนินการแทน ดังรูป 2.1-4



ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (STRATEGIC OBJECTIVES)

(1) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ (KEY STRATEGIC OBJECTIVES)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญของ สปช โดยได้ใช้วิสัยทัศน์และพันธกิจมาเป็นกรอบในการกำหนด วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และตัวชี้วัดรวมทั้งกำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ดังรูป 2.1-5

รูป 2.1-5 ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และระยะเวลาการดำเนินงาน							
กลยุทธ์	แผนปฏิบัติการหลัก	ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	ระยะเวลา				ผลลัพธ์รูปที่
			2559	2560	2561	2562	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างสุขภาพและสุขภาวะเพื่อความมั่นคงทางการเงิน (Smart Health and Smart Money)							
• สร้างบริการเชิงรุกตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	1. โครงการคัดกรองสุขภาพตามกลุ่มอาชีพ และกลุ่มวัย	☑️ ร้อยละความพึงพอใจ - ผู้ป่วยใน	☐ 85.83	☐ 86.85	☐ 88.58		7.2-3
	2. โครงการผ่าตัด case elective นอกเวลาราชการ	- ผู้ป่วยนอก	68.06	70.15	77.75		
	3. โครงการคลินิกเฉพาะทางนอกเวลารักษาทุกสาขา						
• พัฒนาระบบการเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	4. โครงการพัฒนาระบบการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน	☑️ อัตราของการ reimbursement (3 กองทุน) แยก 3 กองทุน					7.5-5
		- จ่ายตรง	172,478,460.98	230,025,499.13	185,461,663.08		
		- กองทุนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	155,596,868.98	169,867,254.37	191,849,019.28		
		- กองทุนประกันสังคม	79,127,649.69	78,965,320.63	51,764,009.11		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอย่างชาญฉลาด (Smart Hospitality and Collaboration)							
• สร้างสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม หรือ CSR (Corporate Social Responsibility)	5. โครงการติดตามประเมินระดับความสุขในสังคม - กิจกรรมประเมินตัวชี้วัดความสุขตามมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข	☑️ ร้อยละของดัชนีชี้วัดความสุข 15 ข้อ ใน ระดับมากถึงมากที่สุด	อยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลเนื่องจากมีการปรับแผนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2562-2566				
6. โครงการ CSR ตรวจสอบนอกสถานที่ - โครงการ CSR - กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพนอกสถานที่							
7. โครงการสร้างสุขภาวะแก่สังคม (กิจกรรม CPR จิตอาสา กิจกรรมธนาคารเครื่องมือแพทย์เพื่อสังคม กิจกรรมสุขภาพ ดีสี่ัญจร)							
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มขีดสมรรถนะองค์กรสู่โรงพยาบาลแห่งปัญญา (Smart Hospital and Smart Head and Smart Hand)							
• พัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อแก้ไขปัญหาในทุกหน่วยงานอย่าง เหมาะสม	8. โครงการ Lean ที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน	☑️ ร้อยละของหน่วยงานที่ใช้เทคโนโลยีมา lean ในการปรับปรุงกระบวนการงาน	62.22	61.54	42.50	0.00	7.4-13
• พัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อการสร้าง จัดเก็บคลังความรู้ และ การประชาสัมพันธ์ให้นำไปใช้ประโยชน์	9. โครงการสร้างคลังความรู้ขององค์กร	☑️ ร้อยละนวัตกรรม, CQI และ KM ที่ผ่าน กระบวนการ PDCA	98.53	81.25	95.00	0.00	7.4-14
			80.50	89.47	89.47	0.00	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างเสริมคุณธรรม ปุณศรีทศาค ควบคู่สุขภาพกายและใจที่แข็งแรง (Smart Heart and Smart Virtue)							
	10. โครงการพัฒนาการตอบสนองความต้องการของลูกค้า (VOC Management)	☑️ ร้อยละการกลับมาใช้ซ้ำ ตั้งแต่ ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ของผู้รับบริการรายใหม่ในปีนั้น	11.82	10.36	9.65	15.97	7.2-8
	11. โครงการดูแลผู้รับบริการที่มาจากภาครัฐ/ชำระเงินเอง กลุ่มประกันชีวิต						
	12. โครงการดูแลผู้รับบริการทั่วไป						

(2) การพิจารณาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (STRATEGIC OBJECTIVES Considerations)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของ ศปช สามารถสร้างสมดุลที่เหมาะสมระหว่างความต้องการที่หลากหลาย และการแข่งขันกันเองในองค์กรได้ โดยการนำ SWOT Online จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง เพื่อหาโอกาสพัฒนาเชิงกลยุทธ์ ใช้เครื่องมือ Balanced Scorecard ในการวัดผล ปรับกรอบในการทำ SWOT ให้ครอบคลุม ทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกแบบปลายเปิด แล้วผู้บริหารนำมา Ranking เป็น ปลายปิด นำข้อมูลมาจัดลำดับเพื่อประกอบการจัดแผนระยะสั้นและระยะยาว

ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลัก (Core Competencies) ที่มีแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางหลากหลายสาขา มีความสามารถให้บริการได้ระดับตติยภูมิและความเป็นโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ทำให้เกิดกลยุทธ์สร้างบริการที่เป็นเลิศสู่ Excellent Centers ตาม Service Plan และความเชี่ยวชาญ สร้างความสมดุลระหว่างระหว่างกรอบเวลาระยะสั้นและยาวโดยการทำ Road map ทำแผนทั้งระยะสั้น และระยะยาว โดยพิจารณาจากความสามารถหลักที่มีอยู่และจะมีในอนาคตร่วมกับงบประมาณที่ได้รับ คำนึงถึงและ สร้างสมดุลระหว่างความต้องการของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด จากนโยบายระดับชาติ ระดับมหาวิทยาลัย ข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ของ ศปช ทั้งด้านการเรียนการสอน ด้านการบริการสุขภาพ ด้านการวิจัย และธำรงวัฒนธรรมไทย

2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (ACTION PLAN Development and DEPLOYMENT)

(1) แผนปฏิบัติการ (ACTION PLAN)

แผนปฏิบัติการที่สำคัญ ศปช มีแผนปฏิบัติการประจำปีที่มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร โดยใช้แผนกลยุทธ์มาเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานซึ่งผ่านการพิจารณาร่วมกันจากที่ประชุม มีการกำหนด ตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบ กรอบระยะเวลาในการดำเนินงาน มีการรายงานความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เป็นประจำทุกไตรมาส และมีจัดทำและทบทวนแผนการปฏิบัติงานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โดยมีงาน นโยบายและแผนคอยติดตามและรายงานต่อผู้บริหารเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน นำปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ มาเป็น ข้อมูลในการทบทวนและปรับปรุงเพื่อพัฒนาองค์กรในรอบปีต่อไป

การปรับแผนปฏิบัติการสามารถทำได้อย่างคล่องตัว เนื่องจาก ศปช มีระเบียบการบริหารเป็นของตนเอง (ระเบียบ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการบริหารงาน ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2561) หากมีความจำเป็นต้องปรับแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น จะมีการประชุมคณะกรรมการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ เสนอต่อทีมบริหาร ศปช ที่มีการประชุมทุกสัปดาห์ และเสนอต่อ คณะกรรมการดำเนินงาน ศปช เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติในการปรับแผนปฏิบัติการต่อไป

(2) การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ (ACTION PLAN Implementation)

ศปช มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติการ ดังรูป 2.2-1 เริ่มตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผน โดยการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม มีผู้แทนจากทุกสาขาวิชา ทุกงานและทุกทีมนำเข้าร่วมในการจัดทำแผน ซึ่งจะมีทั้งการกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบหลัก งบประมาณ และหลังจัดทำแผน มีการประชุมเพื่อทำประชาพิจารณ์อีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติจะต้องผ่านการอนุมัติ โดยคณะกรรมการดำเนินงาน ศปช หลังจากนั้น จะทำเป็นรูปเล่มเพื่อสื่อสารไปยังทุกหน่วยงาน/งาน มีการชี้แจงผ่านคณะกรรมการบริหาร ศปช แล้วมีการรายงานความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ

รูป 2.2-1 การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

วิธีการ	รูปแบบ		ความถี่	ผู้รับสาร			
	One Way	Two Way		บุคลากร	นิสิต	ลูกค้า	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
แผนปฏิบัติการ (รูปเล่ม)	✓		1 ครั้งต่อปี	✓			
แจ้งเวียนในระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์	✓		ทุกครั้งเมื่อมีการปรับ	✓			
บอร์ดประชาสัมพันธ์	✓		ทุกครั้งเมื่อมีการปรับ	✓	✓	✓	
จดหมายข่าว	✓		ทุกครั้งเมื่อมีการปรับ	✓	✓		
One Page Summary	✓		ทุกครั้งเมื่อมีการปรับ	✓	✓	✓	✓
หน้า Website องค์การ	✓		ทุกครั้งเมื่อมีการปรับ	✓	✓	✓	✓
ระบบเครือข่ายสารสนเทศ	✓		ทุกครั้งเมื่อมีการปรับ	✓			
โครงการ Walk Rally		✓	1 ครั้งต่อปี	✓			
การลงเยี่ยมหน่วยงานของทีมงาน		✓	1 ครั้งต่อปี	✓			
โครงการผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ		✓	2 ครั้งต่อปี	✓			

(3) การจัดสรรทรัพยากร (Resource Allocation)

ในการพิจารณาในการจัดสรรทรัพยากร ทีมผู้บริหารจะพิจารณางบประมาณทั้งสิ้นว่ามีความสามารถในการดำเนินการได้เพียงไร มีการจัดสรรโดยคำนึงถึงทั้งบุคลากร เงิน และสิ่งของ วัสดุครุภัณฑ์ แม้ปัจจุบันภาวะทางการเงินของ ศปช จะไม่คล่องตัว แต่ผู้บริหารก็ได้มีวิธีการหาเงินรายได้เพิ่มจากบริการ มีการทำ Unit cost เพื่อทราบต้นทุนที่แท้จริง การหาเงินบริจาค และการหางบประมาณจากส่วนต่าง ๆ เช่น งบประมาณอุดหนุนจากมหาวิทยาลัย การได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลตลอดจนองค์กรส่วนปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนครปากเกร็ด) และงบ Area Base โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรตามแผนยุทธศาสตร์ และความเสี่ยงหน้างาน เพื่อให้บุคลากรมั่นใจว่ามีความมั่นคงและสามารถพัฒนา ศปช ต่อไปได้ตามแผนปฏิบัติและแผนกลยุทธ์ ดังรูป 2.2-2, และรูป 2.2-3 โดยมีผลลัพธ์ดังรูป 7.4-11

รูป 2.2-2 งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร				
งบประมาณที่ได้รับจัดสรร (เฉพาะครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง)				
1. งบอุดหนุนจากมหาวิทยาลัย <ul style="list-style-type: none"> ปี 2560 595,885,400บาท ปี 2561 281,596,800บาท ปี 2562 474,802,200บาท 	2. งบจากสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล <ul style="list-style-type: none"> ปี 2561 40,400,000บาท ปี 2562 326,223,672บาท 	3. งบจากเทศบาลนครปากเกร็ด <ul style="list-style-type: none"> ปี 2562 2,700,000บาท 	4. งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) <ul style="list-style-type: none"> ปี 2560 7,643,700บาท ปี 2561 7,878,600บาท ปี 2562 7,828,036บาท 	5. งบ Area Base <ul style="list-style-type: none"> ปี 2561 49,342,700บาท

รูป 2.2-3 ตารางแผนการจัดสรรครุภัณฑ์ทางการแพทย์				
การได้รับจัดสรรเครื่องมือ	ร้อยละการได้รับจัดสรรเครื่องมือ			
	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
1. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง	5.01	11.42	0.07	4.81
2. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ (Multiple injury)	6.73	0.47	1.74	1.10
3. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านเปลี่ยนถ่ายกระจกตา	0.00	0.00	1.26	4.76
4. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิด	16.17	13.30	1.82	2.55
5. ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการนอนกรน	2.20	0.95	1.25	1.25
6. ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน Retina	0.94	0.41	28.40	5.10
7. ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน MIS (Minimally Invasive Surgery Excellent Center)	5.31	12.83	16.31	6.96
8. ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (Excellent center Joint replacement center and MIS)	8.97	15.15	0.02	3.47
9. การแก้ไขปัญหาหน้างาน	54.67	45.47	49.14	70.01

(4) แผนด้านบุคลากร (WORKFORCE Plans)

แผนด้านบุคลากรที่สำคัญที่สนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ แผนด้านบุคลากร เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ มีการกำหนดแผนด้านบุคลากร ทั้งการสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอ และการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร โดยมีการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้สามารถดำเนินการ ให้บรรลุวิสัยทัศน์ได้ ทั้งนี้จากการทำแผนกลยุทธ์ สามารถวางแผนด้านบุคลากรด้านอัตรากำลังในภาพรวม ตามพันธกิจ ดังรูป 2.2-4 ทั้งนี้แผนพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรในด้าน**ด้านการจัดการเรียนการสอน**มีแผนพัฒนาบุคลากร ด้านแพทยศาสตร์ คือ 1) ส่งอาจารย์ไปเรียนด้านแพทยศาสตร์ศึกษาที่ต่างประเทศ เพื่อกลับมาเป็นครูพี่เลี้ยง 2) การอบรม ระยะสั้นสำหรับอาจารย์ใหม่ 3) การ Refresh อาจารย์เดิมในจุดอ่อนของตนเอง **ด้านการบริการสุขภาพ** มุ่งสู่ความเป็น เลิศทางการแพทย์ จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่มีความสอดคล้องกันทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง และ**ด้านการวิจัย** มีแผนพัฒนาบุคลากร คือ 1) ส่งอาจารย์ไปเรียนปริญญาเอกด้านวิจัยเพื่อกลับมาเป็น พี่เลี้ยง 2) อบรมนักวิจัยมือใหม่ 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้หัวข้องานวิจัย 4) จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย

รูป 2.2-4 ตารางแผนบุคลากรด้านอัตรากำลัง				
ลำดับ	ชื่อตำแหน่ง	กรอบอัตราความต้องการ	อัตราที่มีอยู่	คิดเป็นร้อยละ
ด้านการจัดการเรียนการสอน				
1	อาจารย์	135	105	77.78
ด้านการบริการสุขภาพ				
1	แพทย์	99	63	63.64
2	ทันตแพทย์	22	19	86.36
3	พยาบาล	393	296	75.32
4	เภสัชกร	27	24	88.89
ด้านการวิจัย				
1	นักวิจัย	2	0	0
2	นักวิชาการสถิติ (นักสถิติ) สังกัดงานวิจัย	1	1	100
งานสนับสนุนทั่วไป				
1	งานสนับสนุนทั่วไป	716	592	82.68
รวม		1,395	1,100	

หมายเหตุ: อัตรากำลังที่มีอยู่ เป็นข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม 2562

(5) ตัววัดผลการดำเนินการ (PERFORMANCE MEASURES)

ตัววัดหรือตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ โดยการวัดผลการดำเนินการ มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการดำเนินการตามแผน คือ ร้อยการบรรลุความสำเร็จตามแผนกลยุทธ์ ดังรูป 7.4-4 มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่แต่ละระดับ และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามความก้าวหน้า

(6) การคาดการณ์ผลการดำเนินการ (PERFORMANCE PROJECTIONS)

การคาดการณ์ผลการดำเนินการ มีการติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด เช่น ทุกเดือน ทุกไตรมาส หรือปีละ 2 ครั้ง ทำให้สามารถคาดการณ์ผลการดำเนินการได้ อย่างไรก็ตามการติดตามเฉพาะตัวเอง จะไม่สามารถนำสู่การพัฒนาที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศได้ จึงควรมีการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ทั้งนี้ สปช ได้นำตัวชี้วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP: Thailand Hospital Indicator Project) ของ สรพ. เพื่อเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน และได้ทำบันทึกข้อตกลงร่วมมือกันด้านบริการวิชาการ ประสานความร่วมมือด้านการเทียบเคียงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ร่วมกับ 4 สถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดังนั้น ทีมบริหาร สปช จะมีการพิจารณาผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด เพื่อนำมาปรับกระบวนการทำงานให้ทันต่อเหตุการณ์ อย่างเป็นปัจจุบัน

ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ (ACTION PLAN Modification)

สปช มีวิธีการปรับเปลี่ยนและนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติในกรณีที่สถานการณ์บังคับ สปช มีการติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติการเป็นระยะ ๆ ตลอดจนมีการรายงานผลต่อคณะกรรมการบริหารทุกไตรมาส และเมื่อพบว่า มีสถานการณ์ที่มีความต้องการเปลี่ยนแปลงจากแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ หรือการเกิดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายจากภายนอก ทีมบริหารจะมีการนำเข้าหารือในการประชุมประจำสัปดาห์ และหาข้อสรุปในการปรับเปลี่ยนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยจะมีการขออนุมัติในคณะกรรมการดำเนินงาน และรายงานคณะกรรมการอำนวยการ สปช รับทราบตามลำดับ เช่น การปรับตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์จาก 35 ตัวชี้วัด เหลือ 19 ตัวชี้วัด เนื่องจากเมื่อมีการเก็บข้อมูลจริง พบว่า ตัวชี้วัดบางตัวเป็นตัวชี้วัดระดับกระบวนการเท่านั้น หรือการปรับแผนการบริหาร วัสดุการแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของ สปช

หมวด 3 ลูกค้ำ

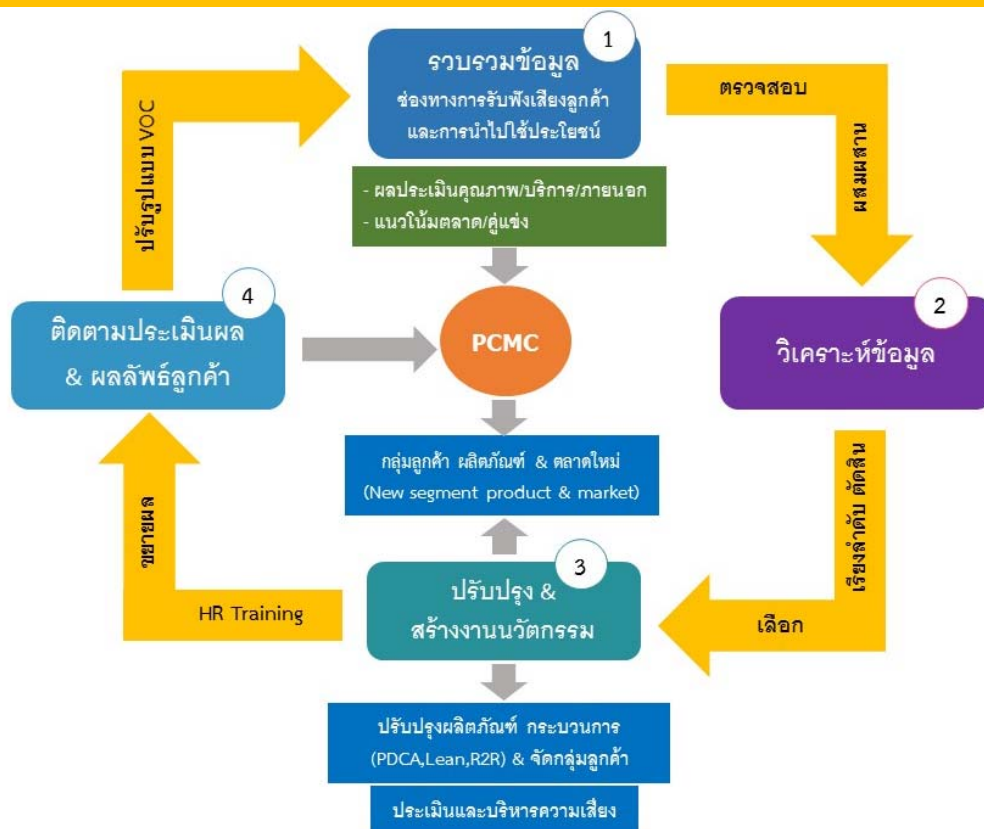
3.1 เสียงของลูกค้า (Voice of the Customer)

ก. การรับฟังลูกค้า (CUSTOMER Listening)

(1) ลูกค้าในปัจจุบัน (Current CUSTOMERS)

ศปช มีวิธีการรับฟังเสียงลูกค้าโดย ได้มีแต่งตั้งคณะทำงานรับฟังเสียงของลูกค้า (VOC) ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 พันธกิจ ได้แก่ การเรียนการสอน การบริการสุขภาพ และการวิจัยดั่งที่ระบุไว้ใน โครงร่างองค์กร โดยมีการจัดกระบวนการรับฟังเสียงลูกค้าจากการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มลูกค้าตามพันธกิจ โดยใช้ช่องทางการรับฟังเสียงลูกค้าและการนำไปใช้ประโยชน์ ดังรูป 3.1-2 ได้แก่ ข้อมูลสถิติสารสนเทศ ด้านลูกค้า 3 พันธกิจ แนวโน้มประชากร การขยายบริการขององค์กร เป้าหมายทางการตลาด ความต้องการของลูกค้าในอนาคต รายงานอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนจากตู้รับข้อคิดเห็น การสังเกตจากพูดคุยสอบถาม ขณะปฏิบัติงาน การตามรอยประสบการณ์จากบุคลากรที่มารับบริการ สื่อสังคม Online จาก Facebook, Line เป็นต้น รวมทั้งการสำรวจความต้องการลูกค้าทั้งภายในและภายนอก โดยใช้แบบสอบถามและ QR Code ประเมิน ความพึงพอใจผู้รับบริการและเครือข่าย นอกจากนี้ ยังได้สารสนเทศจากกลุ่มบุคคลภายนอกที่เข้าร่วมกิจกรรมใน ศปช เช่น พระภิกษุ ในคลินิกพระคุณเจ้า ผู้มาศึกษาดูงาน จากจิตอาสาที่มาร่วมปฏิบัติงาน จากการเข้าร่วม ประชุมของคณะกรรมการต่าง ๆ ในระดับจังหวัด องค์กรต่าง ๆ ที่เป็นพันธมิตร สายตรงประชาสัมพันธ์ของ ศปช ออกบูธกิจกรรมสำคัญในสถานที่ต่าง ๆ เช่นสถานที่ราชการ ห้างสรรพสินค้า หน่วยงานพันธมิตร รวมทั้งจัด กิจกรรมการกุศล เช่น ออกหน่วยแพทย์ สื่อสารผ่านชมรมในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อสม. เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูล มาแล้วดำเนินการวิเคราะห์หา Gap ตามกระบวนการจัดการสารสนเทศลูกค้า ดังรูป 3.1-1

รูป 3.1-1 กระบวนการจัดการสารสนเทศลูกค้า



รูป 3.1-2 ตารางช่องทางการรับฟังเสียงลูกค้าและการนำไปใช้ประโยชน์						
ช่องทาง	กลุ่มลูกค้า	วงจรชีวิต	ข้อมูลที่ได้	ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	การใช้ประโยชน์
1. การสำรวจแบบสอบถาม ความต้องการความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ	H1-H5 S1, S2, R	B, I, T	ความต้องการของ ความคาดหวังของลูกค้า	Y/2	คณะทำงาน VOC	ออกแบบและปรับปรุง บริการ
2. รายงานอุบัติเหตุ	H1-H5 S1, S2, R	I	ความเสี่ยงทุกพันธกิจ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อลูกค้า	D	-คณะทำงาน VOC -ศูนย์คุณภาพ	แก้ปัญหา ลดความรุนแรง และเยียวยา ป้องกันการเกิดซ้ำเชิงรุก
3. ผู้รับข้อคิดเห็นข้อร้องเรียน	H1-H5 S1, S2, R	I, T	- ข้อร้องเรียนของนิสิต ผู้ใช้บริการ และผู้ทำวิจัย - ความไม่พึงพอใจของนิสิต ผู้ใช้บริการและผู้ทำวิจัย - ข้อเสนอแนะทุกพันธกิจ	D	คณะทำงาน VOC	- แก้ปัญหาสร้าง ความเชื่อมั่น - เพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพ
4. ข้อมูลสารสนเทศ จากการให้บริการลูกค้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	H1-H5 S1, S2, R	B	- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการ ลูกค้าตามพันธกิจเช่น แนวโน้มประชากร - ผลการประเมิน จากภายนอก - การเทียบเคียง(ทุกพันธกิจ)	Y/4 Y	เวชระเบียน	- ปรับปรุงคุณภาพ และระบบสนับสนุน - สร้างนวัตกรรม - สร้างกลไกสนับสนุน การเรียนรู้
5. ช่องทางสื่อสารและสื่อสังคม Online เช่น Facebook, Line, QR-Code	H1-H5 S1, S2, R	B, I, T	ข้อมูลที่มีผลกระทบต่อลูกค้า ตามพันธกิจ	D	สื่อสารองค์กร	- ติดตามข่าวสารที่เกี่ยวข้อง จากลูกค้าและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียทั้งทาง บวก และ ลบ
6. Site Visit ลงเยี่ยมหน้างาน/การ เดินตามรอยลูกค้า	H1-H5	I	- ข้อมูลความคิดเห็นต่อการ บริการและโอกาสพัฒนาใน แต่ละจุดบริการ	W M	หัวหน้า หน่วยงาน	- เพื่อค้นหานวัตกรรม ปรับปรุงบริการ วางแผน สร้างความสัมพันธ์กับ ลูกค้า
7. Feedback จากการเข้าร่วม ประชุมกับองค์กรภายนอก เครือข่ายชุมชน ฯ และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	H1-H5 S1, S2, R	B, I, T	- ความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ - ประสบการณ์ของ ผู้ที่เคยมาใช้บริการต่อการ จัดการ	Y/4	- คณะทำงาน VOC - ตัวแทน ผู้เข้าร่วม ประชุม	ออกแบบและปรับปรุง บริการ
8. โทรศัพท์/ประชาสัมพันธ์	H1-H5 S1, S2, R	I, T	- ข้อมูลความคิดเห็นต่อการ บริการ ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะและโอกาส พัฒนา	D	ประชาสัมพันธ์	แก้ปัญหา ปรับปรุง และ สร้างความสัมพันธ์กับ ลูกค้า

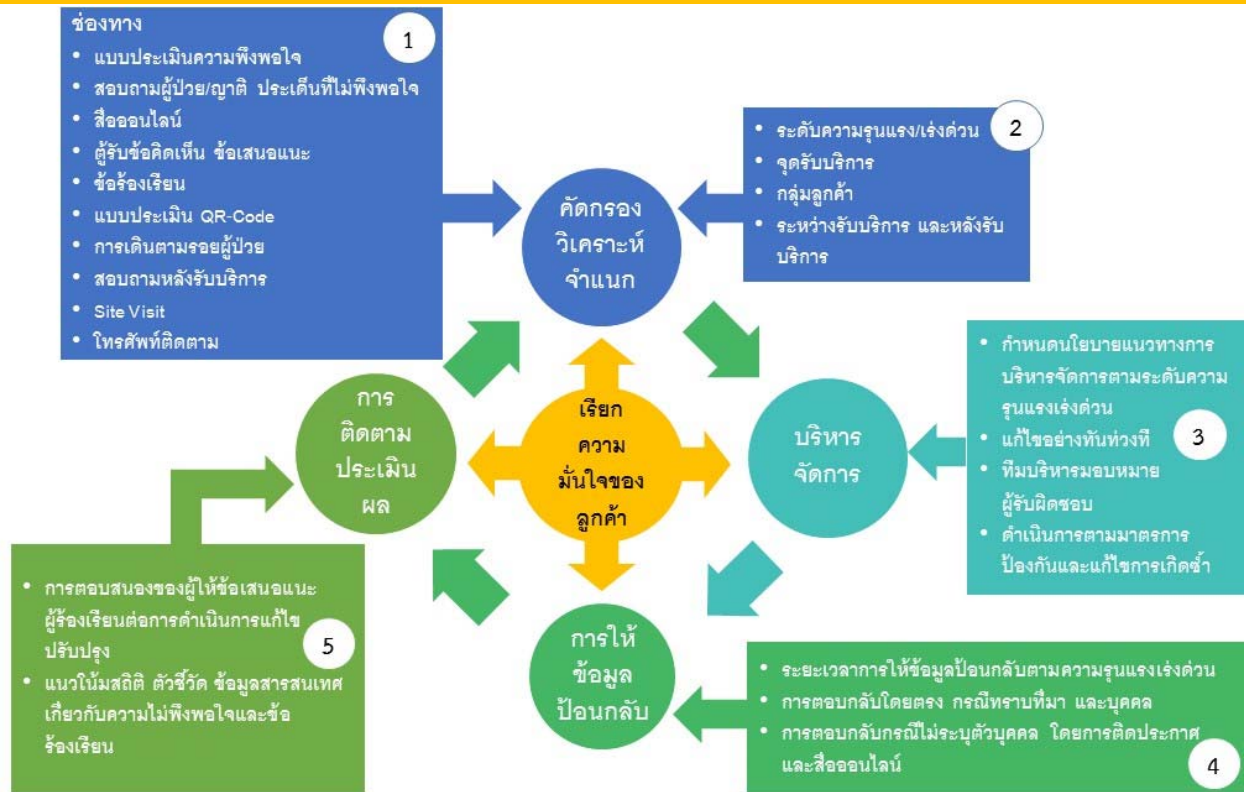
หมายเหตุ: H1 = ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน H2 = ผู้ป่วยนอก H3 = ผู้ป่วยใน H4 = ชุมชน H5 = ผู้มีอุปการคุณ

S1 = นิสิตแพทย์ มศว S2 = แพทย์ประจำบ้าน R = ผู้ทำวิจัย

วงจรลูกค้า: B = ก่อนเป็นลูกค้า I = ระหว่างเป็นลูกค้า T = สิ้นสุดการเป็นลูกค้า

ความถี่: D = ทุกวัน W = ทุกสัปดาห์ M = ทุกเดือน Y/4 = ทุกไตรมาส Y/2 = ทุก 6 เดือน Y = ทุกปี

รูป 3.1-3 Flow ของการค้นหาและตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า



(2) ลูกค้าในอนาคต (Potential CUSTOMERS)

การรับฟังเสียงลูกค้าในอนาคตเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงหรือออกแบบบริการให้ตรงกับความต้องการของลูกค้า ศพช มีกระบวนการค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากลูกค้าอย่างทันที่ทั้งที่และนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการดังต่อไปนี้

1) ทีม VOC มีการค้นหาข้อมูลความไม่พึงพอใจข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียนต่อบริการผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจ, สอบถามผู้ป่วย/ญาติประเด็นที่ไม่พึงพอใจ, สื่อ Online, ผู้รับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ, ข้อร้องเรียน, แบบประเมิน QR-Code, การเดินตามรอยผู้ป่วย, สอบถามหลังรับบริการ, Site Visit และโทรศัพท์ติดตาม เป็นต้น

2) ทีม VOC รวบรวมข้อมูลตามรอบระยะเวลาที่กำหนด (รายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน รายไตรมาส) มาทำการวิเคราะห์ จำแนก ข้อมูลปัญหาตามระดับความรุนแรง/เร่งด่วน, จุดรับบริการ, กลุ่มลูกค้า, ระยะเวลาที่ได้รับข้อมูล (ระหว่างการรับบริการ), (ภายหลังการรับบริการไปแล้ว) หากเป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการแก้ไขอย่างทันที่ ได้มีการกำหนดข้อบ่งชี้กรณีเป็นความเสียหายที่รุนแรง และมีโอกาสถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายใน 4 ประเด็น ได้แก่ การตาย การบาดเจ็บสาหัสจากการรักษา เรียกค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล ร้องเรียนผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นการเสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล และเหตุการณ์ที่ต้องรายงานเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง กำหนดเป็น Sentinel Event ในปีปัจจุบัน ได้แก่ อาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย ตกเตียง แพ้ยาซ้ำ ทารกสูญหาย/สลัปเดต หลังการรับรู้เหตุการณ์ ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์และบริหารจัดการ ดังรูป 3.1-5 Flow การบริหารความเสี่ยง ทีม VOC นำผลการวิเคราะห์เสนอทีมผู้บริหารให้รับทราบ เพื่อมอบหมาย

ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง ทีมผู้รับผิดชอบจัดทำแนวทางการบริหารจัดการและดำเนินการตาม มาตรการป้องกันและแก้ไข

3) ทีม VOC ให้ข้อมูลป้อนกลับต่อผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลความไม่พึงพอใจข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน ในกรณีที่ทราบที่มาและตัวบุคคลอย่างชัดเจน กรณีที่ไม่ระบุตัวบุคคลที่มาอย่างชัดเจน มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับมาตรการป้องกันแก้ไขปรับปรุงโดยการปิดประกาศและสื่อ Online

4) ทีมผู้รับผิดชอบและทีม VOC ติดตามประเมินผลหลังการดำเนินการปรับปรุง

4.1) ประเมินผลจากการตอบสนองของผู้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้ร้องเรียน ต่อการดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง

4.2) ติดตามแนวโน้มสถิติข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจ ข้อร้องเรียนและตัวชี้วัด ด้านความพึงพอใจ

การรับฟังเสียงลูกค้าในอนาคตเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ ในการปรับปรุงหรือออกแบบ บริการให้ตรงกับความต้องการของลูกค้า

การรับฟังลูกค้า ในอดีต อนาคต และของคู่แข่งทั้ง 3 พันธกิจ ศปช มีวิธีการรับฟังที่หลากหลาย ดังนี้ 1) ข้อมูลสารสนเทศการใช้บริการของลูกค้า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกพันธกิจ เช่น ฐานข้อมูลการเรียนการสอนของ มหาวิทยาลัย ฐานข้อมูลงานวิจัยของมหาวิทยาลัย, ฐานข้อมูลผู้รับบริการ ศปช องค์กรต่าง ๆ และผลประเมิน การเทียบเคียงจากภายนอก 2) เรียนรู้จากองค์กรภายนอกจากการร่วมประชุมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น ชุมชน วัด เทศบาล หน่วยงานต่าง ๆ 3) สื่อสังคม Online ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์ต่าง ๆ 4) การสัมภาษณ์จากกลุ่ม Focus Group กับพันธมิตร เครือข่าย ศิษย์เก่า เป็นต้น ซึ่งจะได้ข้อมูลและสารสนเทศทั้ง 3 กลุ่มนำเข้าสู่วงจรวิเคราะห์ ดังรูป 3.1-1 เพื่อให้ได้นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนกลยุทธ์ เพื่อให้ได้กลุ่มลูกค้าและตลาดใหม่ เช่น พันธกิจด้าน บริการสุขภาพได้แก่กลุ่มผู้ป่วยด้านศูนย์ความเป็นเลิศ (มะเร็ง ทารกแรกเกิด) และศูนย์เชี่ยวชาญ (จักษุครบวงจร ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผ่าตัดแผลเล็กผ่านกล้อง นอนกรน) กลุ่มการดูแลผู้สูงอายุ แบบครบวงจร, คลินิกบำบัด ระบายมุข, ศูนย์โรคหัวใจ, ดังผลลัพธ์รูป 7.1-6, 7.1-9 จำนวนผู้รับบริการของผู้ป่วยกลุ่ม EC EX ที่เพิ่มขึ้น มะเร็ง ทารกแรกเกิด ตาครบวงจร ผ่าตัดแผลเล็ก ข้อเข่า นอนกรน ส่วนด้านการเรียนการสอน คือ ขยายสาขาแพทย์ ประจำบ้าน ด้านการวิจัย คือ กลุ่ม Clinical Research ซึ่งน่าจะส่งผลให้มีทุนวิจัยจากภายนอกเพิ่มขึ้นและนำ ผลงานด้านงานวิจัยมาใช้ในงานบริการ

ข. การประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้า (Determination of CUSTOMER Satisfaction and ENGAGEMENT)

(1) ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพัน (Satisfaction, Determination and ENGAGEMENT)

ศปช ประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของกลุ่มลูกค้าตามพันธกิจอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องทุกปี ตั้งแต่ ดังรูป 3.1-4 มีการปรับเปลี่ยนคำถามให้เหมาะสมกับผู้รับบริการในแต่ละพันธกิจล่าสุด พ.ศ. 2562 ได้ปรับปรุงให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามการบริหารจัดการ โดยมีการสำรวจปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ ตอบสนองได้รวดเร็วทาง ศปช ได้เพิ่มการสำรวจความต้องการลูกค้าเมื่อเดือนเมษายน 2562 โดยใช้แบบสอบถาม

ความต้องการทั้งเอกสารและ Application ผลการสำรวจพบว่าด้านที่ควรปรับปรุงมากที่สุด คือ สิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เรื่องลิฟต์ สถานที่ให้บริการ ห้องสุขา การจราจร บ้ายสื่อสาร อุปกรณ์อาหารและเครื่องดื่ม ด้านระบบบริการ พฤติกรรมบริการ สมรรถนะ และการให้ข้อมูล ความพอใจของบุคลากรคณะทำงาน VOC ได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอทีมผู้บริหารเพื่อพิจารณาและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการทำแผนพัฒนาปรับปรุง ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกเช่น ลิฟต์ไม่เพียงพอ ระยะเวลาสั่งระบบการใช้ลิฟต์ที่เหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เร่งด่วน ระยะเวลาเร่งรัดการจัดซื้อลิฟต์ และวางระบบการดูรักษา บันไดเลื่อนเสียบ่อย ปรับระบบการใช้งานและเพิ่มเวลาใช้งานอย่างเหมาะสม ห้องน้ำไม่สะอาดอุปกรณ์ชำรุดบ่อยเพิ่มระบบการนิเทศติดตามเจ้าหน้าที่ Outsource เพิ่มสถานที่ เรื่องอาหารไม่เพียงพอ มีการเพิ่มจุดบริการอาหาร เช่นตู้ขายอาหารอัตโนมัติ, ปัญหา ระยะเวลารอคอยและขั้นตอนบริการซ้ำซ้อน มีการปรับ Flow งานบริการ โดยเพิ่มช่องทางให้บริการในผู้ป่วยนอกทุกชั้น เช่น ห้องเจาะเลือด ห้องยา และการเงิน ปรับระบบนัดหมายเป็นช่วงเวลาบางคลินิก และวางแผนใช้ระบบคิวระบบนัดทั้งหมด ด้านบุคลากรได้มีการพัฒนาคนทั้งเทคนิค และพฤติกรรมบริการ รวมทั้งการละเมิดสิทธิปรับปรุง การให้ข้อมูล การประสานงานอื่น ๆ แต่ละทีมผู้รับผิดชอบรับไปจัดทำแผนพัฒนา ปรับปรุงในระยะสั้น และระยะยาว หลังจากปรับปรุงและแก้ไขปัญหาได้มีจัดช่องทางสื่อสารให้ลูกค้าได้รับทราบโดยใช้ One Page Summary หรือติดป้ายประกาศแจ้ง และมีการประเมินผลหลังการปรับปรุงอีกครั้ง

รูป 3.1-4 ตารางการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้า				
พันธกิจ/ การประเมิน	ลูกค้า	ความถี่	ผู้รับผิดชอบ	ผลลัพธ์รูปที่
การเรียนการสอน	นิสิตแพทย์ทุกกลุ่ม ที่มาเรียนและ แพทย์ ประจำบ้านฝึกปฏิบัติ ใน ศปช	ปีละ 1 ครั้ง	งานแพทยศาสตร์	7.2-1, 7.2-2, 7.2-7
การบริการสุขภาพ	ผู้ป่วยฉุกเฉิน/ผู้ป่วย ใน/ผู้ป่วยนอก /ชุมชน /ผู้มีอุปการคุณ	ปีละ 1-2 ครั้ง	คณะทำงานสำรวจ และประเมินความ พึงพอใจสหวิชาชีพ	7.2-3, 7.2-4, 7.2-5, 7.2-6, 7.2-8, 7.2-9, 7.2-11
การวิจัย	ผู้ทำวิจัยสายวิชาการ และสายสนับสนุน วิชาการ	ปีละ 1 ครั้ง	งานวิจัย	7.2-6

(2) ความพึงพอใจเปรียบเทียบกับคู่แข่ง (Satisfaction Relative to Competitors)

ศปช ค้นหาความพึงพอใจกับลูกค้าหรือคู่แข่ง โดยพิจารณาจากแหล่งข้อมูล ดังนี้

การเรียนการสอน มีวิธีประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน โดยรวบรวมผลคะแนนจากแบบสอบถาม โดยนิสิตแพทย์ ทั้งนี้ได้นำมาเปรียบเทียบกับคณะแพทย์ มศว โดยใช้ข้อมูลรายงานการประเมินตนเอง (SAR) และแบบสอบถามความพึงพอใจและสิ่งที่ได้รับจากสหวิชาชีพอื่น ๆ

การบริการ ใช้การเปรียบเทียบกับกลุ่ม THIP UHosNet จากคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่า การให้บริการ OPD จะกลับมาในปี 2559-2560 ร้อยละ 68.5 และร้อยละ 62 จากการทบทวน พบว่า

มีปัญหาเรื่องระบบนัดและระยะเวลาการรอคอย ซึ่งที่มโนทัศน์หน้ากำลังดำเนินการพัฒนา ส่วน IPD เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.75 เป็นร้อยละ 82.01 ดำเนินการเทียบเคียงกับ 4 สถาบันและได้ปรับแบบสอบถามเพื่อเทียบเคียงโดยวางแผนการประเมินเดือน มิถุนายน 2562

การวิจัย ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ อ้างอิง ในฐานะข้อมูลในระดับชาติและนานาชาติ โดยมีการเทียบเคียงกับคณะต่าง ๆ ใน มศว จากการรวบรวมของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาในรายงานการประชุมประจำปี

3.2 ความผูกพันของลูกค้า (Customer Engagement)

ก. ผลิตภัณฑ์ และการสนับสนุนลูกค้า (Product Offerings and CUSTOMER Support)

(1) ผลิตภัณฑ์ (Product Offerings)

การกำหนดผลิตภัณฑ์ทั้ง 3 กลุ่ม

ศปช กำหนดผลิตภัณฑ์ผ่านกระบวนการโดยนำข้อมูลเทียบเคียง ข้อมูลคู่แข่ง มาตรฐานต่าง ๆ ที่มีอยู่ และได้นำผลจากการรับฟังเสียงลูกค้าใน ดังรูป 3.1-1และ3.1-2 ผลประกอบการที่ผ่านมาช่วยให้ ศปช ได้เรียนรู้ว่ากระบวนการต่าง ๆ ที่มีอยู่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าทุกกลุ่มได้ดีเพียงใด ในขณะเดียวกันยังช่วยให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความต้องการที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งโอกาสในการสร้างกลุ่มลูกค้านำไปปรับปรุงและสร้างผลิตภัณฑ์และกระบวนการให้ทันต่อความต้องการของลูกค้าและทิศทางของตลาด และสร้างประสบการณ์ที่ดีที่สุดแก่ลูกค้า จากการวิเคราะห์ VOC ด้านการเรียนการสอน คือ มีความต้องการใหม่ ๆ ด้านหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้น และหลักสูตรธรรมเวช ด้านการบริการสุขภาพ มีบริการรองรับศูนย์ความเป็นเลิศ (มะเร็ง ทารกแรกเกิด) และศูนย์เชี่ยวชาญ (จักษุครบวงจร ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผ่าตัดแผลเล็กผ่านกล้อง นอนกรน) สังคมผู้สูงอายุ (Wellness Center) ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์ Stroke Fast track และศูนย์บำบัดอภัยมุข การให้ความรู้แก่ประชาชน และผู้รับบริการทางสื่อสังคม เป็นต้น ด้านการวิจัย ศปช ได้ให้บริการแบบครบวงจร ได้แก่ ฐานข้อมูลทางคลินิก มีหน่วยงานวิจัยมีคณะกรรมการส่งเสริมวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการประเมิน SIDCER FERCAP และ NECAST มีแหล่งทุน มีวารสารของมหาวิทยาลัย หรือการตีพิมพ์ที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (1) มีสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัยของมหาวิทยาลัยสนับสนุนในด้านงบประมาณในการดำเนินการยื่นขอจดอนุสิทธิบัตร/สิทธิบัตรที่กรมทรัพย์สินทางปัญญา และให้ทุนสนับสนุนกรณีที่ผลงานได้รับอนุสิทธิบัตร/สิทธิบัตร รวมทั้งประสานงานการขอรับทุนสนับสนุนการตีพิมพ์เผยแพร่ตามนโยบายของมหาวิทยาลัย งานวิจัยได้มีการขออนุมัติตำแหน่งเจ้าที่วิจัยใหม่เพื่อช่วยทำงานวิจัยให้กับนักวิจัย การพัฒนาเพื่อลดขั้นตอนการให้คำปรึกษา และเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษา ปรับปรุงขั้นตอนการขอทุน และปรับปรุงแบบฟอร์มขอจริยธรรมการวิจัยให้สะดวกต่อการขอทำวิจัยใน ศปช เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย เพื่อให้บุคลากรได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ส่งผลทำให้มีงานวิจัยเพิ่มขึ้น ดังรูป 7.1-14

(2) การสนับสนุนลูกค้า (CUSTOMER Support)

การเรียนการสอนจัดหาและอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน เช่น หอพัก ห้องเรียน ห้องสมุด ห้อง Simulation ห้องประชุมสำหรับนิสิตตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นต้น

การบริการสุขภาพในกิจกรรมการสนับสนุนลูกค้า วัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจ สื่อสาร บริการ และอำนวยความสะดวก เปิดโอกาสในการสร้างมุมมองบริการใหม่ ๆ ของ ศปช ให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการของ ศปช หน่วยสื่อสารองค์การสร้าง Website ศปช (<http://pcmc.swu.ac.th>) เพื่อประชาสัมพันธ์การบริการที่มี ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบการนัดหมาย Online ต่อไป ประสานความร่วมมือกับเทศบาลนครปากเกร็ด จัดพื้นที่ภายใน ศปช เพื่ออำนวยความสะดวกในการแจ้งทะเบียนราษฎร นอกจากนี้ยังได้ร่วมงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ลงพื้นที่ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ ด้วยการเยี่ยมบ้าน การลงไปเยี่ยมผู้ป่วย Palliative care หลังการจำหน่าย มีมาตรฐานบริการและมาตรฐานวิชาชีพแล้วมีการดูแลสุขภาพใจ ในคลินิกพระคุณเจ้า มีไลน์กลุ่มของผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น มะเร็ง เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และสนับสนุนให้กำลังใจจากสมาชิกในกลุ่ม มีการสอนหนังสือแก่เด็กที่ป่วยโรคเรื้อรัง จัดหาอุปกรณ์เพื่อเตรียมความพร้อมให้ในผู้ป่วยที่วางแผนจำหน่ายที่มีปัญหาทางการเงินโดยศูนย์มิตรภาพบำบัด ศปช นอกจากนี้ ยังปรับปรุงการให้บริการ ปรับปรุงพฤติกรรมและเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคลากรเพื่อให้การบริการมีคุณภาพ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ด้วยหลัก “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” ปรับกระบวนการทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดระยะเวลารอคอย (Waiting Time) เพิ่มช่องทางบริการเช่น การเงิน ห้องยา ห้องเจาะเลือด ฯลฯ มีการเพิ่มบริการคลินิกเฉพาะทาง เพื่อลดความแออัด และมีการปรับระบบคิว มีการนัดเป็นช่วงเวลา ปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น เช่น มีป้ายและสัญลักษณ์บอกมีบริการรถรับ-ส่ง และจุดบริการเรียกรถสาธารณะ มีจุดบริการอาหารอัตโนมัติ ร้านอาหารหลายประเภท อาหารเพื่อสุขภาพ มีการปรับปรุงโรงอาหารให้ได้มาตรฐาน เป็นต้น

การวิจัย มีคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยครอบคลุมทุกสาขาวิชาเพื่อให้คำปรึกษาระเบียบวิธีการวิจัย มีทุนสนับสนุนการทำวิจัย และทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ มีฐานข้อมูลที่จำเป็นในการทำวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการประเมิน SIDCER FERCAP และ NECAST

(3) การจำแนกลูกค้า (CUSTOMER Segmentation)

ศปช ได้ทำผลจากการรับฟังเสียงลูกค้าใน ดังรูป 3.1-2 เช่น ข้อมูลประชากร ข้อมูลผู้รับบริการ ข้อมูลเวชระเบียน และสำรวจความต้องการของลูกค้า มาวิเคราะห์เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ใช้บริการตามพันธกิจหลักที่ควรจะเป็น ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามโครงสร้างองค์กร โดยแต่ละด้านพิจารณาตามหลักบริหารจัดการ

การเรียนการสอน คือ นิสิตแพทย์ มศว แพทย์ประจำบ้าน

การบริการสุขภาพ คือ ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ชุมชน และผู้มีอุปการคุณ

การวิจัย คือ ผู้ทำวิจัย สามารถแบ่งกลุ่มผู้ใช้บริการออกเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มอาจารย์แพทย์/แพทย์ 2) กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ซึ่งแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย เช่น กลุ่มอาจารย์แพทย์มีวัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาวิชาการและทำผลงานทางวิชาการ ส่วนกลุ่มสนับสนุนวิชาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนางานและสนับสนุนความก้าวหน้าในงาน

ส่วนตลาดในอนาคต จะพิจารณาว่าเกิดขึ้นในพันธกิจหรือกระบวนการใดและใช้แนวทางพิจารณาจากข้อมูลที่กำลังก้าวไ้ข้างต้นทุกปีและมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการเปลี่ยนแปลงของลูกค้า เพื่อนำมาพิจารณาประกอบหรือปรับการจำแนกกลุ่มลูกค้าและตลาดให้ตอบสนองความต้องการเช่นพันธกิจ **ด้านการเรียนการสอน** คือ ขยายสาขาแพทย์ประจำบ้าน หลักสูตรธรรมเวช เพื่อสอนพระคิลานธรรม **ด้านการบริการสุขภาพ** กำหนดลูกค้าในอนาคตโดยการใช้ข้อมูลแนวโน้มสุขภาพของโรคซึ่งสอดคล้องกับความพร้อมของ ศปช นำมากำหนดเป็น ศูนย์ความเป็นเลิศ (มะเร็ง ทารกแรกเกิด) และศูนย์เชี่ยวชาญ (จักษุครบวงจร ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผ่าตัดแผลเล็กผ่านกล้อง นอนกรน) สังคมผู้สูงอายุ (Wellness Center) ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์ Stroke Fast Track และศูนย์บำบัดอบายมุข ซึ่งเป็นการบริการใหม่ที่ทำให้การดูแลรักษากลุ่มโรคเฉพาะอย่างเป็นทีมสหสาขาด้วยมาตรฐานระดับสากล **ด้านการวิจัย** คือ Clinical Research เพื่อดึงดูดแหล่งเงินทุนระดับชาติและนานาชาติ

ข. การสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า (CUSTOMER Relationships)

(1) การจัดการความสัมพันธ์ (Relationship Management)

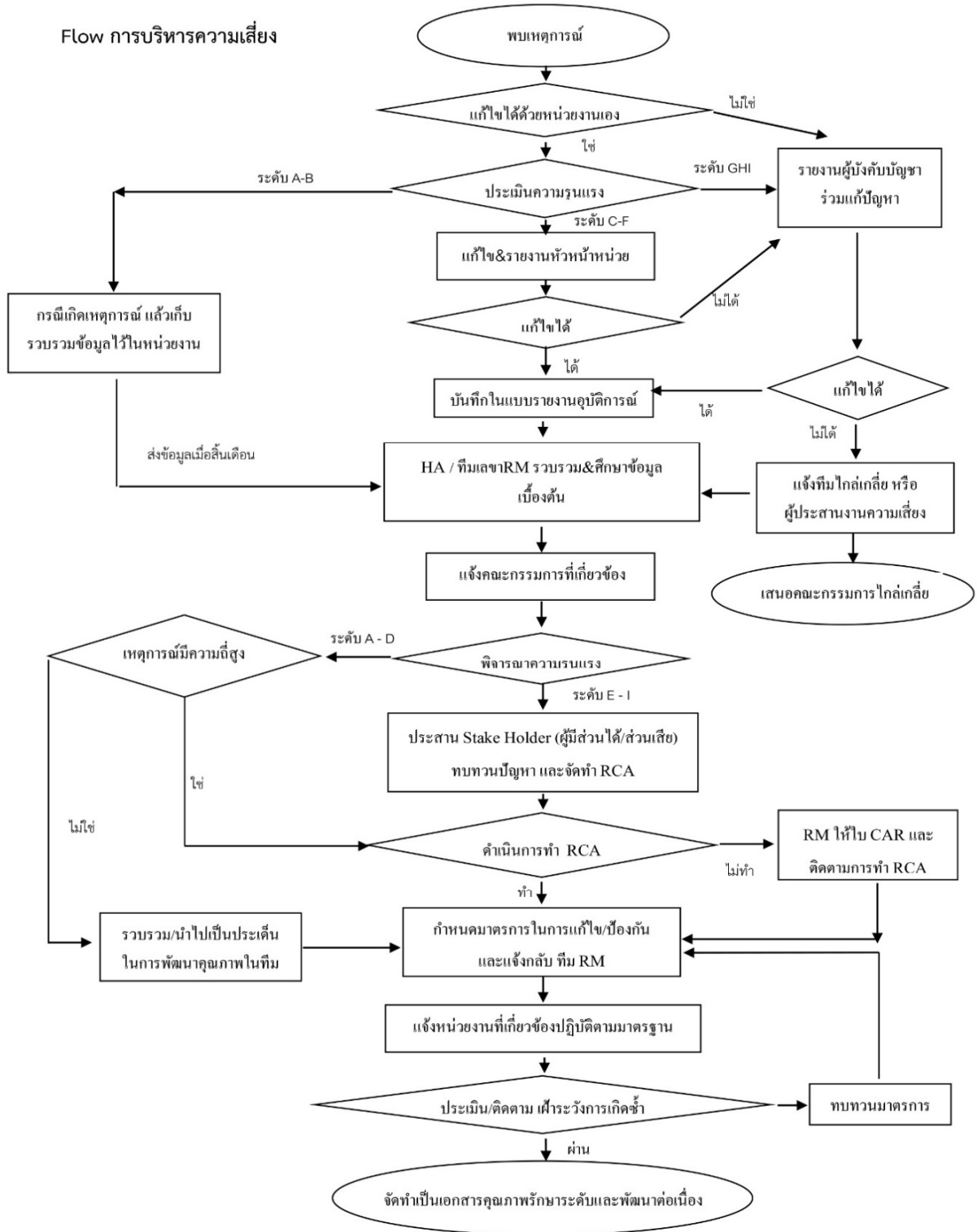
ศปช ใน**ด้านการเรียนการสอน** มีระบบอาจารย์ที่ดูแลนิสิตแพทย์ของงานแพทยศาสตรศึกษา โดยจะมีการปฐมนิเทศนิสิตแพทย์ในทุกกลุ่ม รวมถึงมีอาจารย์ที่ปรึกษาในแต่ละสาขาวิชาเพื่อควบคุมกำกับดูแล และมีช่องทางการสื่อสารในระบบไลน์กลุ่มระหว่างนิสิตแพทย์กับเจ้าหน้าที่ **ด้านบริการสุขภาพ** ได้ให้ความสำคัญกับพันธมิตรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการสร้างฐานลูกค้าเดิม โดยจัดโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการเยี่ยมบ้านของสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจิตวิ “อสม.จิตวิ” เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง โครงการสอน CPR วัดชลประทานรังสฤษฎ์ กรมชลประทาน สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล และโรงเรียนชลประทานวิทยา จัดตั้งกองทุนสงฆ์อาพาธเพื่อรักษาพระภิกษุสามเณร จากวัดชลประทานรังสฤษฎ์และวัดอื่น ๆ ในด้านการตลาด โครงการตรวจสุขภาพให้กับหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล กรมชลประทานฯ งานเศรษฐกิจศาสตร์สาธารณสุขได้ออกเยี่ยมโรงงานและบริษัทต่าง ๆ ที่เลือก ศปช เป็นโรงพยาบาลประกันสังคม เพื่อรับฟังปัญหาและความต้องการ จัดส่วนบริการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มลูกค้าผู้มีอุปการคุณ โดยมีทีมงานการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์รับผิดชอบดูแลและวางระบบเพิ่มเติม เช่น สถานที่รับรองกลุ่มลูกค้าดังกล่าว และมีการติดต่อประสานงาน โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้การบริการที่สะดวกและรวดเร็ว และมีการจัดงานขอบคุณผู้มีอุปการคุณทุกปี เป็นต้น นอกจากนี้ หน่วยสื่อสารองค์กรได้สร้าง Website/Facebook ของ ศปช เพื่อสื่อสารกิจกรรมภายในโรงพยาบาล การให้บริการต่าง ๆ สู่อาสาสมัคร และได้ประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ติดในเขตอำเภอปากเกร็ด เพื่อให้ ศปช เป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยรอบ **ด้านการวิจัย** เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษา ทาง Line/Facebook และทางโทรศัพท์ ในส่วนของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มีการสื่อสารเชิงรุกหน้างานโดยการจัดทำโครงการ EC สัญจร ในสาขาวิชาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เข้ามาขอทุนเพิ่มขึ้น

(2) การจัดการกับข้อร้องเรียน (Complaint Management)

ศปช ได้วางระบบให้ลูกค้าทุกพันธุกิจสามารถร้องเรียน หรือแสดงความคิดเห็น ผู้รับบริการสามารถร้องเรียน แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการได้หลายช่องทาง ได้แก่ ผ่านแบบบันทึกคำร้องเรียน หรือแบบความคิดเห็นของผู้อยู่ย นำบันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ซึ่งมีกระจายตามจุดต่าง ๆ ใน ศปช การร้องเรียนด้วยวาจา ที่มาด้วยตนเอง/โทรศัพท์ (จนท. บันทึกให้) ผ่านแบบรายงานเหตุการณ์ (HOIR) เมื่อบุคลากรพบเหตุการณ์เอง การร้องเรียนผ่าน สปสช สื่อสาร Online ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลจะส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพเพื่อบันทึกผ่านแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องแล้วเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงของ ศปช. เพื่อส่งต่อทีมนำที่เกี่ยข้องในการตอบสนองต่อไป ส่วนการสำรวจความพึงพอใจ ศปช ได้กำหนดให้มีการสำรวจปีละ 1-2 ครั้ง เมื่อได้ผลสรุปจะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องตอบสนองต่อไป ดังรูป 3.1-5

การจัดการข้อร้องเรียน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หลังการรับรู้เหตุการณ์ ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หากเป็นระดับ E ขึ้นไป หรือมีแนวโน้มที่ผู้รับบริการจะมีการร้องเรียน แจ้งงานบริหารความเสี่ยง เพื่อแจ้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ยซึ่งทีมจะทบทวนเหตุการณ์และขอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมก่อนการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเมื่อจำเป็น การจัดการกับข้อร้องเรียนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อมีการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบผ่านช่องทางการพูดคุยหรือเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วแต่กรณี **นอกจากนั้นด้านการเรียนการสอน** นิสิตแพทย์สามารถร้องเรียนได้หลายช่องทาง ได้แก่ ผ่านงานแพทยศาสตรศึกษา เลขาธิการวิชา อาจารย์ที่ปรึกษา รวมถึงร้องเรียนผ่านแบบประเมินออนไลน์ที่จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงโดยข้อร้องเรียนต่าง ๆ จะจัดการโดยงานแพทยศาสตรศึกษา/คณะกรรมการผู้ประสานงานแพทยศาสตรศึกษา ศปช **ด้านการวิจัย** มีการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการจากผลการประเมินความต้องการโดยมีการแก้ไขปัญหาหลักตามข้อร้องเรียนโดยจัดตามความเร่งด่วนและความรุนแรง ของความเสี่ยงนั้น

รูป 3.1-5 Flow การบริหารความเสี่ยง



****หมายเหตุ:** การรายงานนอกเวลาราชการ ให้รายงานพยาบาลตรวจการ / แพทย์เวร ER / แพทย์เวรใน ถ้าเป็นเรื่องรุนแรงให้รายงานประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้

4.1 การวัด การวิเคราะห์ และปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis, and Improvement of Organizational Performance)

ก. การวัดผลการดำเนินการ (PERFORMANCE Measurement)

(1) ตัววัดผลการดำเนินการ (Performance Measures)

ศปช ให้ความสำคัญในการเลือก รวบรวม ตัววัดผลการดำเนินงาน โดยมีกระบวนการตั้งต้นจากการทำแผนยุทธศาสตร์โดยคณะกรรมการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ตามกระบวนการที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ดังรูป 2.1-1 โดยตัวชี้วัดจะมีความเชื่อมโยงกับประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และระบบงานของ ศปช

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมุ่งเน้นการบริหารจัดการตามพันธกิจหลัก 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การจัดการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น
- 2) การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งการบริการวิชาการสู่สังคม
- 3) การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ

ศปช ได้กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการจากการทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติเพื่อมุ่งไปสู่วิสัยทัศน์ โดยให้ครอบคลุมพันธกิจทั้ง 3 ด้านของ ศปช และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งมีข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญในการติดตามผลปฏิบัติงานในระบบงานสำคัญดังรูป 4.1-1

รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ (SG)	ตัวชี้วัด	รอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1: สร้างสุขภาพและสุขภาพะ เพื่อความมั่นคงทางการเงิน	1. ความสามารถในการหารายได้ สำหรับการพึ่งพาตัวเองได้	ร้อยละอัตราผลตอบแทนจากการลงทุน(FROI: Financial Return on Investment) เพิ่มขึ้นจากปีก่อน	2 ครั้ง ต่อปี	งานเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข
	2. ผู้รับบริการพึงพอใจ	ร้อยละความพึงพอใจ - ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน	1 ครั้งต่อปี	คณะกรรมการการจัดการ เสียงของลูกค้า
	3. การเรียกเก็บได้ครบถ้วน ทันเวลา	อัตราของการ Reimbursement 3 กองทุน	ต่อเดือน (นับสะสมทุกเดือน)	งานสิทธิประโยชน์
	4. คุณภาพการบริการที่ดี มีมาตรฐาน	ร้อยละคะแนน TQA หมวด 3 และ 6 ที่เพิ่มขึ้นจากฐานคะแนนปีก่อนหน้า	ปีละ 1 ครั้ง	ศูนย์คุณภาพ

รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ (SG)	ตัวชี้วัด	รอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2: สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอย่างชาญฉลาด	5. สังคมของเครือข่ายมีความสุข	ร้อยละของดรรชนีชี้วัดความสุข 15 ข้อ ในระดับมากถึงมากที่สุด	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการสำรวจและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ
	6. เครือข่ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี	คะแนนตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิตตาม WHO 4 ด้าน (ร่างกาย จิตใจ สัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม)	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการสำรวจและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มวิชาชีพ
	7. ระบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเครือข่าย สปช ให้ได้	ร้อยละของการผ่านมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ตามกำหนด	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3: เพิ่มขีดสมรรถนะองค์การสู่โรงพยาบาลแห่งปัญญา	8. ชุมชนและสังคมมีความเชื่อมั่นและศรัทธาใน สปช	คะแนนการประเมินเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)
	9. งานวิจัยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชุมชน	ผลงานวิจัยที่แก้ปัญหาของชุมชน	ปีละ 1 ครั้ง	งานวิจัย
	10. วัฒนธรรมองค์กรที่ตอบรับต่อเทคโนโลยี	ผลงานด้านเทคโนโลยีที่นำมาใช้ประโยชน์ - ด้านการบริการ - ด้านการเรียนการสอน	ปีละ 1 ครั้ง	งานสื่อและสารสนเทศ/ งานแพทยศาสตร์และแพทย์ใช้ทุน
	11. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานความเสี่ยง	-ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานความเสี่ยงตาม SIMPLE (Patient Safety Goal)	ปีละ 1 ครั้ง	งานพัฒนาคุณภาพ/ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ (SG)	ตัวชี้วัด	รอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
		- อัตราผลการตอบแทนสินทรัพย์รวม	ทุกไตรมาส	งานบริหารทรัพย์สิน/ งานคลัง
		- ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา	ปีละ 1 ครั้ง	งานแพทยศาสตร์และแพทย์ ใช้ทุน
	12. กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน	- ร้อยละการบริหารงบประมาณและทรัพยากร	ปีละ 1 ครั้ง	งานวางแผนและพัฒนา
		- ร้อยละของหน่วยงานที่ใช้เทคโนโลยีมาLean ในการปรับปรุงกระบวนการ	ปีละ 2 ครั้ง	คณะกรรมการพัฒนาการจัดการความรู้และการบริหารจัดการแบบลีน (KM & Lean)
		- ร้อยละของหน่วยงานที่มี Unit Cost ลดลงต่อปี	ปีละ 2 ครั้ง	งานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
	13. บุคลากรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละของบุคลากรที่มีการพัฒนาตาม Individual Development Plan ตาม EC/ ศูนย์เชี่ยวชาญ	ปีละ 1 ครั้ง	งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ
	14. มีวัฒนธรรมองค์กรแบบ Learning Organization	ร้อยละนวัตกรรม, CQI และ KM ที่ผ่านกระบวนการ PDCA	ปีละ 1 ครั้ง	งานพัฒนาคุณภาพ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4: สร้างเสริมคุณธรรม ปณิธาน ศรัทธา ควบคู่สุขภาพกายและใจที่แข็งแรง	15. สังคมเกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อ ศปช	VOS (Voice of Society) ระดับความเชื่อถือ เชื่อมั่น และศรัทธาต่อ ศปช (ใช้เครื่องมือการวัดระดับศรัทธาและเชื่อถือของสังคม)	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการจัดการเสียงของลูกค้า

รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ (SG)	ตัวชี้วัด	รอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
	16. ผู้รับบริการต้องการให้ ศปช เคียงข้างทุกช่วงเวลาของชีวิต Ultimate Customer	การสร้าง Customer Engagement - ร้อยละการกลับมาใช้ซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ของผู้รับบริการรายใหม่ปีนั้น - ร้อยละของผู้ป่วยที่แนะนำญาติมาใช้บริการ	ปีละ 1 ครั้ง	- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ - คณะกรรมการการจัดการเสียงของลูกค้า
	17. มีระบบและกลไกในการบริหารที่เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม	ร้อยละการผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลคุณธรรม	6 เดือนครั้ง	คณะทำงานโครงการโรงพยาบาลชดประทานทำดีเพื่อพ่อ

นอกจากข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญในการติดตามผลปฏิบัติงานในระบบงานสำคัญดังใน ดังรูป 4.1-1 แล้วทาง ศปช ยังมีตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับหน่วยงานเพื่อใช้ในการติดตามการปฏิบัติการประจำวันและผลการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์และพันธกิจดังรูป 4.1-2

รูป 4.1-2 ตารางตัวอย่างตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน			
วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ตัวชี้วัด	รอบการติดตาม
เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (A University Hospital of Wisdom Aspiring for Excellent)	การจัดการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น	ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 ในการสมัครสอบครั้งแรก	ทุก 1 ปี
	การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งบริการวิชาการสู่สังคม	- จำนวน Excellent center (EC) ที่ผ่านเกณฑ์ 1+ - ความสำเร็จตามแผนพัฒนาคุณภาพ ทั้งองค์กรตามเกณฑ์ TQA - ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ทุก 6 เดือน ทุก 12 เดือน ทุก 12 เดือน
	การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ	- จำนวนผลงานวิจัยที่ได้ตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ	ทุก 3 เดือน

รูป 4.1-2 ตารางตัวอย่างตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน			
วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ตัวชี้วัด	รอบการติดตาม
ตัวชี้วัดสำคัญ	ตัววัดทางการเงิน	- Current ratio - Quick ratio - ร้อยละงบประมาณที่เบิกจ่ายได้ตามเป้าหมาย - อัตราการเรียกเงินคืนของผู้ป่วย สิทธิบัตรทอง	ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน

ทางทีมบริหารได้นำข้อมูลด้านการเงินมาวิเคราะห์พบว่ารายรับที่เข้ามาไม่สัมพันธ์กับข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วย ทำให้มีการทบทวน และตามรอยข้อมูลทางการเงินทำให้พบว่ามีหลายสาเหตุที่ทำให้รายได้น้อยกว่าที่ควรได้รับเช่นค่าใช้จ่ายของหัตถการ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ได้มีการปรับราคาให้เหมาะสมกับปัจจุบัน หรือผู้ปฏิบัติงานบันทึกค่าใช้จ่ายผิดพลาด เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการทบทวนอัตราเรียกเก็บ โดยมีการปรับปรุงราคาค่าหัตถการ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เป็นปัจจุบัน และอบรมการใส่ข้อมูลเพื่อเรียกเก็บกับเจ้าหน้าที่ใหม่ ทำให้สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น

(2) ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative data)

2.1) การบริการด้านสุขภาพ องค์กรมีการเลือกใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ และประสานความร่วมมือด้านการเทียบเคียงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และงานบริการร่วมกัน ได้แก่ ความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี 2560 เพื่อเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน โดยมีการเปรียบเทียบกันในมิติต่าง ๆ เช่น ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม ผลด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ผลด้านการเงิน ผลด้านทรัพยากรบุคคล เป็นต้น โดยมีการประชุมร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละสถาบันเพื่อติดตามผลการดำเนินการทุก 3 เดือน รวมถึงมีการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล (ExPNet) ปีละ 1 ครั้ง ในเดือนมกราคม (จัดมาแล้ว 2 ครั้ง ในปี 2561 และ 2562) ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จุดแข็ง โอกาสพัฒนาระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยทาง ศปช ได้นำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาปรับกระบวนการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่นก่อนหน้าเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศปช ไม่ได้ให้ ยา rt-PA ในผู้ป่วย Stroke หลังจากได้ประชุมร่วมกัน จึงมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วย Stroke ใหม่โดยมีโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นพี่เลี้ยง จนสามารถมีการให้ยา rt-PA ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อได้ในที่สุด เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการเทียบเคียงตัวชี้วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP: Thailand Hospital Indicator Project) ของ สรพ. ด้วย โดยจะมีการติดตามผลทุก ๆ 3-6 เดือน โดยคณะกรรมการสารสนเทศ เมื่อพบว่ามีความผิดปกติจะมีการนำข้อมูลดังกล่าวแจ้งแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป

2.2) ด้านการเรียนการสอน ทางองค์กรมีการเลือกตัวชี้วัดเรื่องร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE3) ในการสมัครสอบครั้งแรก เพื่อวัดผลลัพธ์ผลิตภัณฑ์ด้านการเรียนการสอน โดยมีการเทียบเคียงกับผู้เข้าสอบจากสถาบันอื่น ๆ ทั่วประเทศ โดยพบว่านิสิตสามารถสอบผ่านการประเมินดังกล่าวได้ตามเกณฑ์ ดังผลลัพธ์รูป 7.1-1 ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE3) ในการสมัครสอบครั้งแรก

(3) ด้านข้อมูลลูกค้า (Customer Data)

ทุกพันธกิจได้ใช้กระบวนการจัดการสารสนเทศลูกค้า ดังรูป 3.1-1 และช่องทางการรับฟังเสียงลูกค้าและการนำไปใช้ประโยชน์ ดังรูป 3.1-2 องค์กรนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยคำนึงถึงข้อร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อค่าบริการเป็นสิ่งสำคัญ เช่น **ด้านบริการสุขภาพ** มีความล่าช้าของการให้บริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผูกพันของลูกค้าที่มีต่อองค์กร และข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานตามพันธกิจทำให้ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ข้อมูลที่ได้รับ จะมีการสะท้อนไปยังงาน/ทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลนั้นไปตามรอยของปัญหา (Root Cause Analysis) นำไปสู่การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในที่สุดเช่น ระบบบริการ ล่าช้า นำสู่การปรับระบบการนัดและการจัดระบบคิว รวมถึงการเพิ่มจุดบริการ เป็นต้น **ด้านการเรียนการสอน** ทางองค์กรได้มีการประเมินความพึงพอใจของนิสิตแบบออนไลน์ หลังจากเรียนเสร็จทันที และส่งผลการประเมินให้อาจารย์ผู้สอน เพื่อให้ผู้สอนนำไปปรับปรุง พัฒนาการเรียน การสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น **ด้านงานวิจัย** คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยได้จัดทำแบบสอบถาม เพื่อสอบถามความต้องการของผู้ใช้บริการ อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุน เพื่อนำไปพัฒนา เพื่อให้เกิดงานวิจัยที่ได้มาตรฐานและได้รับการตีพิมพ์มากขึ้น **กลุ่มผู้สนับสนุนองค์กร** เช่น วัด กรมชลประทาน เทศบาลปากเกร็ด สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ฯลฯ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานผ่านการประชุมต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการดำเนินงาน การประชุมทีมบริหารและมีการสนับสนุนดูแลสุขภาพให้แก่บุคลากรกลุ่มดังกล่าว

(4) ความคล่องตัวของการวัดผล (Measurement Agility)

ทางองค์กรมีการติดตามตัวชี้วัดโดยคณะกรรมการสารสนเทศ โดยแบ่งกลุ่มตัวชี้วัด เป็น 3 กลุ่ม คือ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด THIP และความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล (ExpNet) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามชัดเจน โดยผู้รับผิดชอบแต่ละกลุ่มมีรายชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดแต่ละตัว (KPI Owner) เพื่อการติดตามข้อมูล ระยะเวลาในการติดตามผลตัวชี้วัด สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ เช่นถ้าข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงที่มากหรือน้อยผิดปกติ จะมีการเพิ่มการติดตามให้เร็วขึ้น หรือการกำหนดสัญญาณเตือน เมื่อเริ่มพบว่าข้อมูลอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยคณะกรรมการสารสนเทศจะดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอคณะกรรมการบริหารซึ่งจะมีการประชุมทุกเดือนเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะตัวชี้วัดสำคัญ ดังรูป 4.1-1 และ รูป 4.1-2

ข. การวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการ (Performance analysis and review)

จากข้อมูลที่ได้รับจาก KPI Owner คณะกรรมการสารสนเทศ จะเป็นผู้วิเคราะห์เบื้องต้นร่วมกับ KPI Owner และหากเห็นแนวโน้มเป็นไปในทางที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะแจ้งให้งาน/ทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนหาสาเหตุที่ทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เสนอแนะการแก้ไข และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร ศปช. ตามรอบการประเมินต่อไป โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์และทบทวนจะแบ่งเป็นข้อมูลภายในและข้อมูลเชิงเปรียบเทียบเช่น ข้อมูลทางการเงิน องค์กรมีการนำข้อมูลมาทบทวนและวิเคราะห์ แต่ยังไม่เคยนำมาเปรียบเทียบ และการทบทวนยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ หลังจากที่ได้เข้าร่วมเทียบเคียงตัวชี้วัด 4 สถาบัน ได้มีการนำข้อมูลทางการเงินเปรียบเทียบกับสถาบันอื่น และนำผลการทบทวนมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของ ศปช.

ค. การปรับปรุงผลการดำเนินการ (Performance improvement)

(1) ผลการดำเนินการในอนาคต (Future performance)

องค์กรใช้ผลจากการทบทวนผลการดำเนินการ (ที่ระบุไว้ใน 4.1 ข.) เป็นข้อมูลตั้งต้นในการทบทวน การจัดทำแผน ทั้งแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติ หรือปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้บรรลุตามพันธกิจ และมีการกำกับติดตามโดยทีมบริหารองค์กร ทุกเดือน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่ามีประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ทั้งด้านการเรียนการสอน ด้านบริการ และงานวิจัย ที่ทาง ศปช. จะต้องจัดทำแนวทางในการรองรับและปรับแผนยุทธศาสตร์ เช่น การเปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา เช่น อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ เป็นต้น การมุ่งสู่การเป็นเลิศทางการแพทย์ (EC) หรือผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติ

ด้านงานวิจัย ปัจจุบันมีการเก็บข้อมูลเรื่องจำนวนผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ แต่ยังไม่มีการเทียบเคียงกับสถาบันอื่น โดยทางองค์กรมีแผนที่จะทำการเทียบเคียงผลงานวิจัยกับโรงเรียนแพทย์อื่น ๆ เช่น ศกพ. ธรรมศาสตร์ต่อไปเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน

(2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม (Continuous improvement and INNOVATION)

องค์กรเลือกผลการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อองค์กร ที่นับว่าเป็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปหรือ มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กรมาดำเนินการปรับปรุง เช่น ด้านการบริการ ด้านการเงิน โดยเน้นให้มุ่งสู่พันธกิจหลักทั้ง 3 ด้าน มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการกำหนดเป้าหมายและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องในรูปแบบ CQI/Lean/นวัตกรรม โดยเน้นให้หัวหน้างานเป็นผู้นำทีมทำงานคุณภาพ มีการจัดงานมหกรรมคุณภาพทุกปี เพื่อเป็นเวทีให้นำเสนอผลงาน มีการคัดเลือกเรื่องที่เป็น Best practice เพื่อส่งเสริมให้ต่อยอดไปทำนวัตกรรม โดยมีเงินสนับสนุนจากองค์กร และการจดสิทธิบัตรนวัตกรรม เช่น ในปี 2556 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะ Sepsis สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดมาก ทีมนำดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการรักษาจนทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจน ได้รับการคัดเลือกจาก สรพ. ให้ไปนำเสนอในการประชุม HA National Forum ในปี 2560

4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (Information, and knowledge management)

ก. ข้อมูล และสารสนเทศ (Data and information)

(1) คุณภาพ (Quality)

หลังจากที่เปลี่ยนมาใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์แทนระบบการเก็บด้วยมือซึ่งไม่เที่ยงและ
ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว ในการทวนสอบเพื่อความมั่นใจในความถูกต้องของข้อมูล
จะมีการดึงข้อมูลการรักษาพยาบาลจากฐานข้อมูลเพื่อมาทวนสอบกับเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพื่อเปรียบเทียบข้อมูล
ความถูกต้อง การ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หรือเมื่อมีข้อร้องเรียนจากผู้ใช้งานเกี่ยวกับความถูกต้อง
ความแม่นยำของข้อมูล ทางหน่วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศจะรับผิดชอบการตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา
เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องแม่นยำ การใช้ระบบปฏิบัติการโปรแกรม HOSXP ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละ
หน่วยงานทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และยังเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกสามเสน และ PCU
ส่วนการเทียบเคียงกับสถาบันอื่นมีการปรับปรุงแบบฟอร์มตัวชี้วัด ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง
เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ทั้งความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล (ExpNet) และ THIP โดยจะมีการประชุมเพื่อ
ทบทวนความถูกต้องของข้อมูลทุกไตรมาสร่วมกันสำหรับ 4 สถานพยาบาล (ExpNet)

(2) ความพร้อมใช้งาน (Availability)

องค์กรมีการสำรองเครื่องคอมพิวเตอร์จำนวน 10% ของเครื่องคอมพิวเตอร์ทั้งหมด เพื่อทดแทนในกรณี
ที่ชำรุด และมีระบบปฏิบัติการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยมีผู้ดูแลระบบที่สามารถแก้ไขปัญหาตลอด 24 ชม. มีการนำ
ข้อมูลสารสนเทศเช่นข้อมูล THIP ความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล (ExpNet) ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบุคลากร
ลงใน Website หรือข้อมูลด้านความเสี่ยงผ่าน Intranet เพื่อให้บุคลากรทุกคนใช้งานได้ง่ายและสามารถเข้าถึงได้
มีโปรแกรมบริหารจัดการอื่น ๆ ที่พัฒนาขึ้นเอง เช่น โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลของศูนย์คุณภาพ ซึ่งสามารถตอบสนอง
การใช้งานของผู้ใช้ได้อย่างตรงจุด และมีแผนในการจัดตั้ง Data Center เพื่อเป็นหน่วยงานในการรวบรวมและ
วิเคราะห์ข้อมูลให้กับบุคลากรเพื่อทำให้การบริหารจัดการข้อมูลรวมศูนย์และมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงมีแผน
จัดทำแอปพลิเคชันสำหรับผู้รับบริการให้สามารถทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับตนเองได้เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้
การนัดผ่านระบบออนไลน์ เป็นต้น

รูป 4.2-1 คุณภาพและความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ	
คุณภาพและความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ	
Policy	มีการกำหนดนโยบายในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการสารสนเทศ ให้มีประสิทธิภาพ การใช้มาตรฐานต่าง ๆ ด้าน ICT
Verify & Accuracy	ความถูกต้องของข้อมูลสารสนเทศ โดยเฉพาะข้อมูลที่สำคัญ การใช้ Barcode เพื่อลดการผิดพลาดในการคีย์ข้อมูล การใช้โปรแกรมในการป้องกันการผิดพลาด การฝึกอบรม และจัดทำคู่มือการใช้งานระบบ

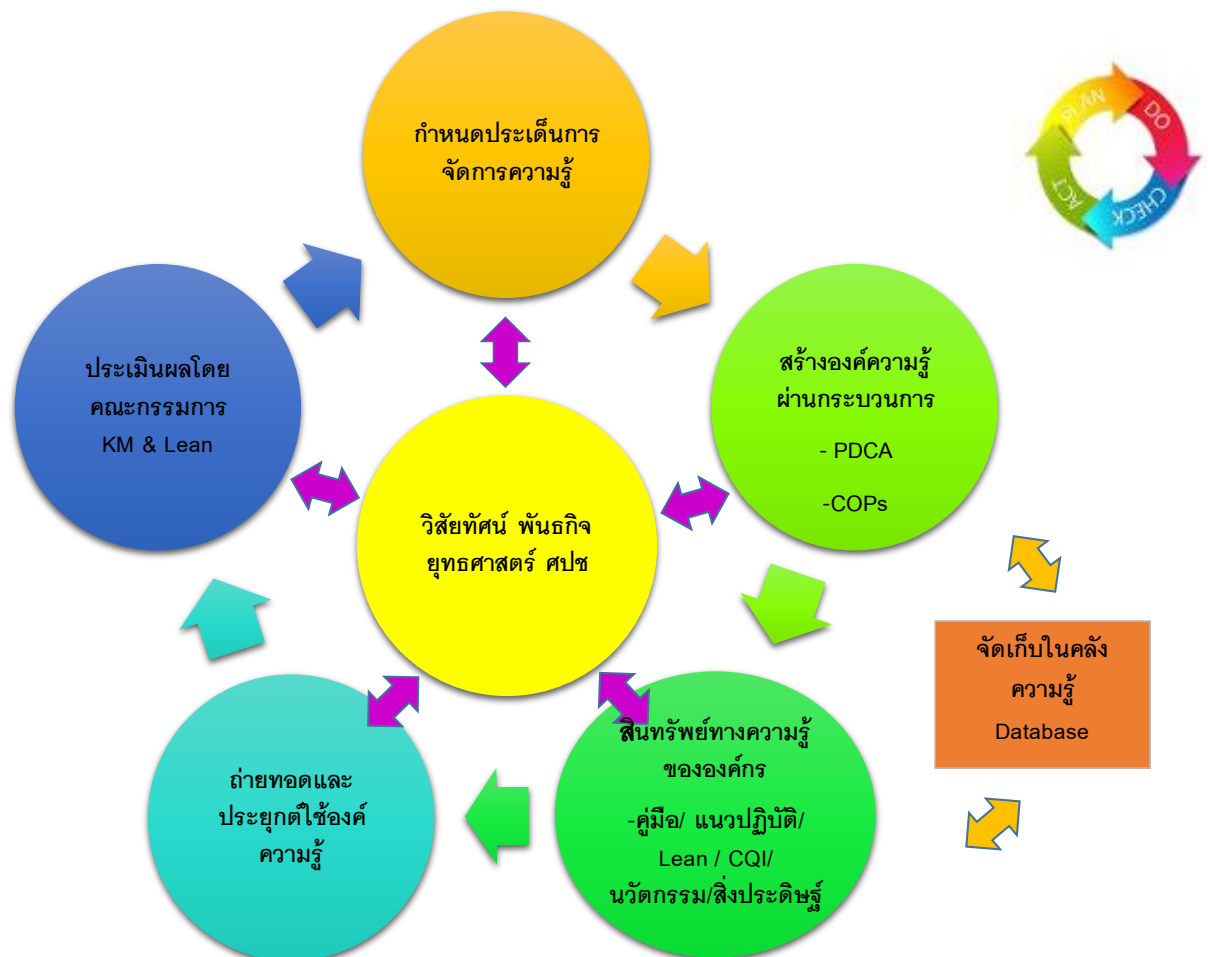
รูป 4.2-1 คุณภาพและความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ

คุณภาพและความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศ	
Security & Confidentiality	มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูล โดยมีการกำหนด User/Password ติดตั้งระบบป้องกันความปลอดภัยต่าง ๆ เช่น Firewall Antivirus มีระบบสำรองข้อมูลทั้งแบบ Real time และ Outsource มีแผนปฏิบัติการฉุกเฉินในกรณีที่ไม่สามารถใช้ระบบได้ มีการกำหนดสิทธิในการคีย์และเข้าถึงข้อมูลในข้อมูลที่มีความสำคัญ
Accountability	หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบมีหน้าที่บริหารจัดการข้อมูลต่าง ๆ ให้เป็นปัจจุบัน และพัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูลให้ทันสมัย
Decision Making	การบริหารจัดการภายในองค์กร จะทำในรูปแบบ Evidence Base โดยการนำข้อมูล และสารสนเทศต่าง ๆ มาใช้ในการตัดสินใจที่สำคัญในการบริหารองค์กร

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

(1) การจัดการความรู้ (Knowledge Management)

รูป 4.2-2 ระบบงานการจัดการความรู้ของ สปช



ศปช มีวิธีการในการสร้างและจัดการความรู้ โดยมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ทุกปี และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ให้องค์กรมีวัฒนธรรมแบบ Learning Organization จากนั้นได้กำหนดเป็นนโยบายการจัดการความรู้ขององค์กร โดยคณะกรรมการ KM & Lean ถ่ายทอดนโยบายสู่หน่วยงานภายในองค์กรให้วิเคราะห์และกำหนดประเด็นที่สนใจและสอดคล้องต่อยุทธศาสตร์ พันธกิจ และจุดเน้น คณะกรรมการมีบทบาทในการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน KM ที่ชัดเจน และส่งเสริมความรู้และสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนให้มีการถ่ายทอดความรู้ ทั้งแบบประชุมภายในหน่วยงาน ถ่ายทอดระหว่างหน่วยงาน ผ่านเวทีมหกรรมคุณภาพทุกปี และการประชุมวิชาการของ ศปช ทุก 2 ปี นอกจากนี้ยังสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ในระบบสารสนเทศได้ตลอดเวลา โดยมีการกำหนดสิทธิในการเข้าถึง การดำเนินการนี้มีการทบทวนและปรับปรุงโดยหน่วยงานที่นำไปใช้ และคณะกรรมการ KM & Lean มีความคาดหวัง พัฒนางานประจำให้ทำเหนือมาตรฐานเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ดังรูป 4.2-2

(2) วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practices)

ศปช มีวิธีการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศในองค์กร ดังนี้

กระบวนการที่ 1 คัดเลือกบุคลากรที่มีทักษะ หรือมีวิธีปฏิบัติที่โดดเด่นเป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน

กระบวนการที่ 2 จากการประชุมผู้เกี่ยวข้องกับทักษะหรือวิธีปฏิบัติการณ์นั้นๆ เพื่อให้ผู้ถูกคัดเลือกได้พูดคุยเสนอแนะ และถ่ายทอดความรู้

กระบวนการที่ 3 มีการจัดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรและจัดเก็บไว้ในคลังความรู้

กระบวนการที่ 4 บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถได้เข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคลากรดีเด่นโดยคณะกรรมการสรรหาบุคลากรดีเด่นสายวิชาการและสายสนับสนุนวิชาการ ประจำปี เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ และหากถูกคัดเลือกจะได้รับรางวัลพร้อมทั้งปรากฏชื่อในบอร์ดประกาศเกียรติคุณ

(3) การเรียนรู้ระดับองค์กร (Organizational learning)

ศปช มีการกำหนดให้การทำ KM และ Lean ระดับหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานเป็น KPI รายหน่วยงาน ซึ่งบุคลากรในหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมและถูกกำกับโดยหัวหน้างาน เพื่อให้เกิดการกระจายความรู้ เกิดความรู้ที่ฝังลึกในองค์กร มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีของแต่ละชุมชนนักปฏิบัติไปใช้ในหน่วยอื่น ๆ ขององค์กร โดยมีการดำเนินการที่ชัดเจนเช่น CoP Respirator CoP Pain Management CoP IC และ CoP ME ที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างหน่วยการพยาบาลต่าง ๆ อาจเป็นลักษณะการเป็นต้นแบบหรือการนำไปพัฒนาต่อยอดกับหน่วยงานนั้น ๆ ในระหว่างการปฏิบัติงานเมื่อเกิดปัญหาในหน่วยงานจะทำการ RCA ตามสถานการณ์ เช่น CoP Patient Identification การระบุตัวบุคคลเพื่อป้องกันการสวมสิทธิ์โดยใช้รูปถ่ายและบัตรประชาชน เกิดนวัตกรรม โดยการระบุชื่อผู้ป่วย เป็น นาย...(ไม่)... นาง...(ไม่)... เมื่อผู้ป่วยไม่ใช้บัตรที่มีรูปที่ทางราชการออกให้ในการแสดงตัวตนเมื่อมารับบริการ

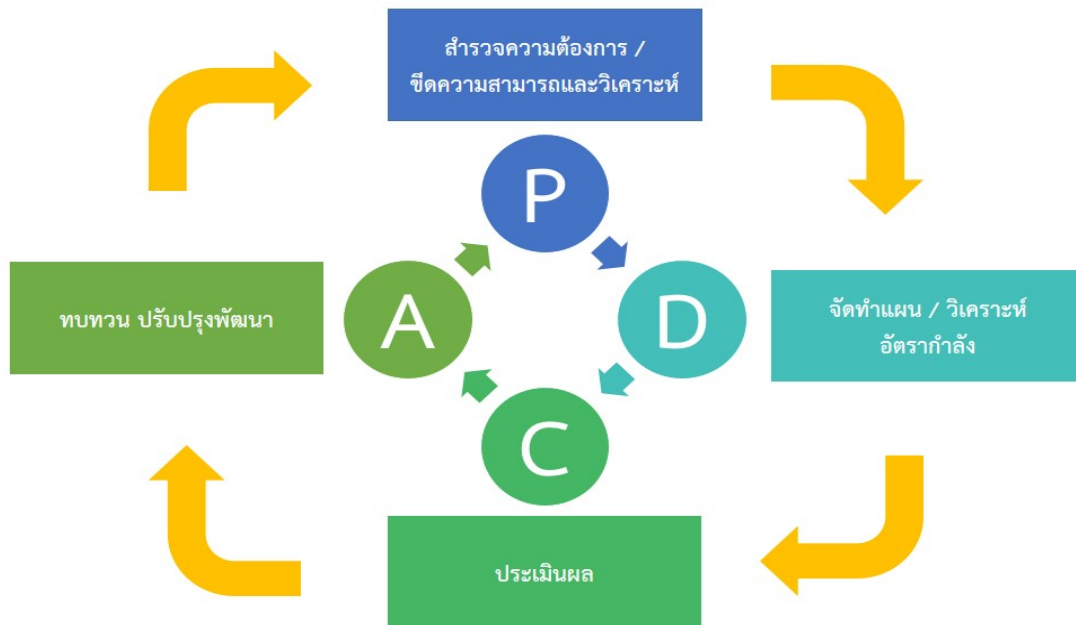
หมวด 5 บุคลากร (Workforce)

5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (WORKFORCE Environment)

ก. ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร (WORKFORCE CAPABILITY and CAPACITY)

ดังรูป 5.1-1 ดังนี้

รูป 5.1-1 ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร

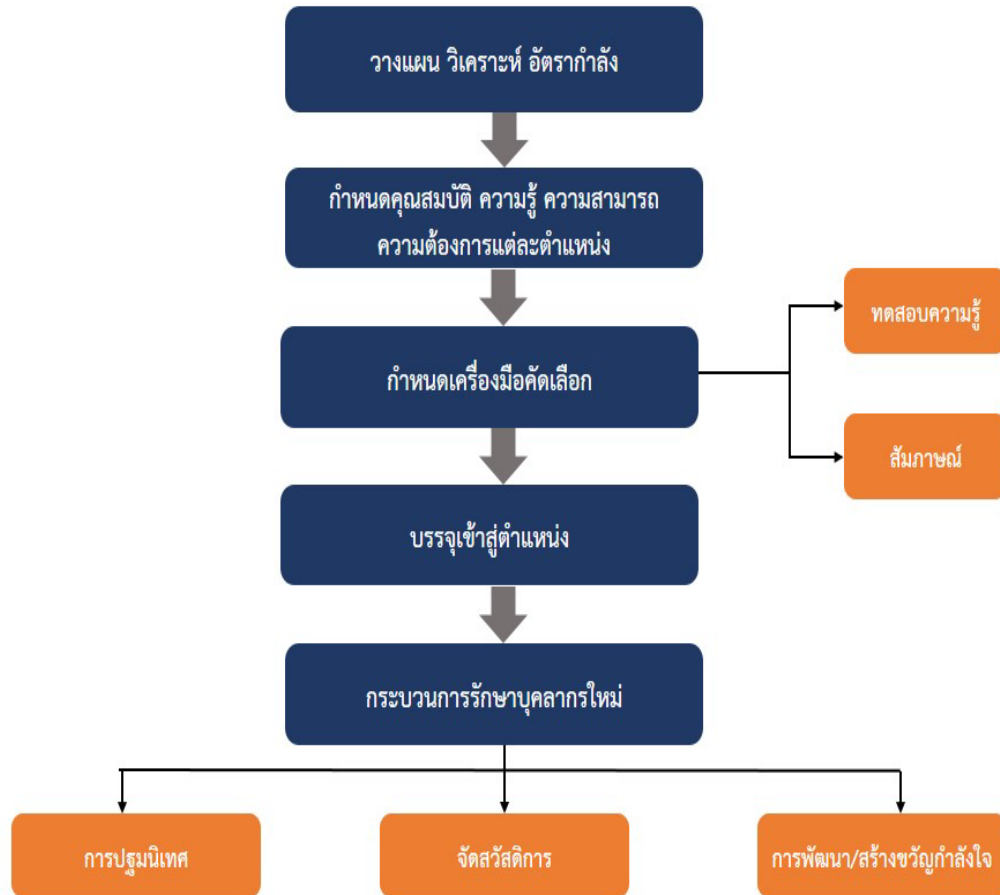


(1) ชีตความสามารถและอัตรากำลัง (CAPABILITY and CAPACITY)

ศปช. มีวิธีการดำเนินการด้านชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร ซึ่งแบ่งกลุ่มของบุคลากร ออกเป็น 4 กลุ่มตามโครงสร้างองค์กร โดยงานทรัพยากรบุคคลสำรวจความต้องการอัตรากำลัง/ด้านชีตความสามารถ โดยพิจารณาข้อมูลจากโครงสร้างองค์กร และพันธกิจหลักที่หน่วยงานดำเนินการวิเคราะห์ และประเมินชีตความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบกับอัตรากำลังที่มีอยู่ โดยวิเคราะห์ตามวิธีการคำนวณของสายงาน เช่น อาจารย์แพทย์ ใช้เกณฑ์วิเคราะห์ภาระงาน FTES (Full Time Equivalent Student) ภาระงานบริการวิชาการ ศูนย์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน และศูนย์ความเชี่ยวชาญ 4 ด้าน ในสายวิชาชีพใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพกำหนด ส่วนสายสนับสนุนใช้เกณฑ์วิเคราะห์ภาระงาน FTE (Full Time Equivalent), Pareto มีกำหนดการประเมินชีตความสามารถทักษะสมรรถนะของบุคลากร โดยจัดทำบันทึกข้อตกลงกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นรายบุคคล โดยลักษณะของตัวชี้วัดรายบุคคลจะแตกต่างกันตามภารกิจหลักของแต่ละพันธกิจ เช่น กลุ่มอาจารย์ ต้องมีตัวชี้วัดด้านการเรียนการสอน และการวิจัย กลุ่มบุคลากรด้านบริการสุขภาพ ต้องมีตัวชี้วัดด้านผลการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น มีการดำเนินการประเมินปีละ 2 รอบ รอบละ 6 เดือน และนำผลการประเมินชีตความสามารถทักษะสมรรถนะมาทบทวนปรับปรุงพัฒนา จัดทำเป็นแผนพัฒนาตนเองเป็นรายบุคคล (ID PLAN) เป็นแผนพัฒนาความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ เพื่อให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญ สอดคล้องตรงตามพันธกิจ เช่น กลุ่มอาจารย์ มุ่งเน้นการพัฒนาการเรียนและ

การวิจัยกลุ่มบริการสุขภาพ เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลรักษา เป็นต้น และงานพัฒนาบุคลากร และสวัสดิการ มีการจัดทำแผนอัตรากำลังระยะเวลา 5 ปี โดยวิเคราะห์แนวโน้มการเคลื่อนไหวจากข้อมูล การลาออกการเกษียณอายุราชการของบุคลากรแต่ละปี เพื่อวางแผนอัตรากำลังในภาพรวม ดังรูป 5.1-2 ดังนี้

รูป 5.1-2 การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุและรักษาบุคลากรใหม่



(2) บุคลากรใหม่ (New WORKFORCE Members)

ศปช. มีวิธีสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษาบุคลากรใหม่ โดยงานทรัพยากรบุคคล วางแผน และวิเคราะห์อัตรากำลังโดยใช้แนวโน้มการเคลื่อนไหวจากข้อมูลการลาออก การเกษียณอายุราชการของบุคลากรแต่ละปี นำมาวางแผนสรรหาบุคลากรใหม่ ให้ทันและเพียงพอต่อความต้องการ เมื่อมีตำแหน่งว่าง โดยวางแผนร่วมกับหน่วยงานภายในองค์กร มีการนำผลการวางแผน วิเคราะห์อัตรากำลังมา กำหนดคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ ตามคุณสมบัติที่กำหนดให้ตรงกับความต้องการและลักษณะงานแต่ละตำแหน่ง และประกาศรับสมัครบุคลากรตามสาขาวิชาที่ต้องการผ่านทางเว็บไซต์ กำหนดเครื่องมือคัดเลือก โดยการทดสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกบุคลากรปฏิบัติตามกระบวนการขั้นตอนการสรรหาบุคลากร และประกาศผลการสอบคัดเลือกทางเว็บไซต์ มีการจัดทำสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร บรรจุเข้าสู่ตำแหน่ง งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ จัดให้มีการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และวัฒนธรรมองค์กร จัดสวัสดิการ

เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้บุคลากร มีความพึงพอใจ ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน มีสวัสดิการบ้านพักและสวัสดิการการประกันสุขภาพกลุ่มและประกันอุบัติเหตุกลุ่ม ตลอดจนมีการส่งเสริม/พัฒนา/สร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรได้รับการพัฒนาโดยการเข้ารับการอบรม ศึกษาดูงาน ศึกษาต่อ และจัดกิจกรรมกีฬา สังสรรค์ เช่น โครงการสานสัมพันธ์ปัญญาชน โครงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร และระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง เป็นการเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากรให้เกิดความรักความผูกพัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการจัดทำแผนการพัฒนามูลนิธิประจำปี เพื่อสนับสนุน พัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนความรู้ให้กับบุคลากรแต่ละตำแหน่ง สำหรับพยาบาลใหม่ มีการฝึกอบรมปฐมนิเทศในโครงการรธรรมทายาทสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อให้เข้าใจแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

(3) การจัดการการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร (WORKFORCE Change Management)

ศปช มีวิธีการในการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง โดยงานทรัพยากรบุคคลจะสำรวจและรวบรวมบุคลากรที่จะเกษียณอายุราชการไว้ล่วงหน้า เพื่อวิเคราะห์และวางแผนอัตรากำลัง สรรหาบุคลากรทดแทนอัตราที่เกษียณ ลาออก ให้ทันและเพียงพอต่อความต้องการ มีการจ้างงานผู้มีความรู้สามารถภายหลังเกษียณอายุราชการ ในลักษณะงานที่ใช้ทักษะความสามารถ ความเชี่ยวชาญพิเศษ ความชำนาญเฉพาะงาน ตามภาระงาน บริการวิชาการ ศูนย์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน และศูนย์ความเชี่ยวชาญ 4 ด้าน และงานพัฒนามูลนิธิและสวัสดิการ ได้ดำเนินการวางแผนพัฒนามูลนิธิประจำปี ตามศูนย์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน และศูนย์ความเชี่ยวชาญ 4 ด้าน เพื่อเตรียมบุคลากรให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมสัมมนาทางวิชาการ/ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ/ศึกษาดูงาน ตามบทบาทหน้าที่ ตามสายงานของแต่ละคน เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ใหม่ ๆให้นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้และเป็นการสร้างโอกาสความก้าวหน้าในการทำงาน เป็นการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้เพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อได้รับความรู้ใหม่ ๆ จะมีการรายงานผลและความรู้ที่ได้รับมาขยายผลต่อเพื่อนร่วมงาน ในสายงานวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล และเภสัชกร ที่มีอัตรากำลังขาดแคลน มีการให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาในมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยต่าง ๆ เพื่อให้มาทำงานใน ศปช เมื่อศึกษาจบ

(4) ความสำเร็จในงาน (Work Accomplishment)

ศปช มีวิธีการจัดรูปแบบการทำงานและบริหารบุคลากร เพื่อความสำเร็จในงาน ดังนี้

4.1) มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงานตามข้อกำหนดของสภามหาวิทยาลัย ตามหมวดโครงสร้างองค์กร แบ่งออกเป็น ฝ่าย สาขาวิชา/งาน และหน่วยโดยภารกิจภาระงานและความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกันให้อยู่ในฝ่ายเดียวกันเพื่อความสะดวกและสอดคล้องในการบริหาร

4.2) มีการสื่อสารข้อมูลที่สำคัญต่าง ๆ ผ่านทางสายบังคับบัญชาจากบนลงล่าง (Top-Down Process) และรับฟังข้อมูลจากล่างขึ้นบนตามสายงานผ่านการประชุมในหน่วยงานย่อยทุกเดือนโดยการสื่อสารเน้นความสำคัญของการปฏิบัติงาน

4.3) มีการประเมินตัวชี้วัดรายบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย 1) KPI บังคับส่วนกลาง 2) KPI มอบหมายจากผู้บังคับบัญชา 3) KPI มอบหมายส่วนกลาง (บังคับ) 4) KPI เลือก

4.4) มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งในระดับองค์กร ในระดับหน่วยงานและระดับบุคคล เพื่อสนับสนุนการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรผ่านทางช่องทางต่าง ๆ

ข. บรรยากาศการทำงานของบุคลากร (WORKFORCE Climate)

(1) สภาพแวดล้อมของการทำงาน (Workplace Environment)

ศปช มีการดำเนินการสร้างความมั่นใจด้านสุขภาพ สวัสดิภาพ และความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ทำงานของบุคลากร โดยกำหนดนโยบายด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยประกาศใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรให้มีความปลอดภัย ซึ่งด้านสุขภาพ รับผิดชอบโดยงานอาชีวอนามัย มีการกำหนดเป็นข้อตกลงให้บุคลากรทุกคนตรวจสุขภาพประจำปีตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยอิงตามเกณฑ์การตรวจสุขภาพของกรมบัญชีกลาง และการติดตามความเสี่ยงจากลักษณะการปฏิบัติงาน เช่น บุคลากรที่สัมผัสกับยาเคมีบำบัดจะมีการตรวจเลือด CA125 และ CA199 เพิ่ม บุคลากรในหน่วยงานพาหนะ ต้องตรวจสมรรถภาพการมองเห็นและสมรรถภาพการได้ยิน หน่วยซ่อมบำรุง ต้องตรวจสมรรถภาพการมองเห็นและการได้ยิน หน่วยโภชนาการต้องตรวจ Stool C/S ฯ ดำเนินการ โดยหน่วยอาชีวเวชกรรม สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาวิชารังสีวิทยา สาขาวิชาจักษุวิทยา สาขาวิชาโสต ศอ นาสิก และมีการกำหนดเกณฑ์แบ่งผลการตรวจสุขภาพเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค NCDs หรือ Non-Communicable Diseases เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีการดำเนินการส่งต่อให้รับการรักษาตามสิทธิ และส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนกลุ่มป่วยวัดโรคแพทย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ดำเนินการรักษาทันทีที่พบ และส่งต่อไปยังแพทย์อายุรกรรมโรคปอด และติดตามจนรักษาหาย มีการติดตามการแพร่กระจายในหน่วยงานที่พบ ในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ได้มีการประเมิน Fit for Work ปรับเปลี่ยนหน้าที่ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย กลุ่มเสี่ยงที่พบจะเป็น น้ำหนักเกิน เสี่ยงเกี่ยวกับกลุ่มโรค ทาง ศปช.จัดให้มีบริการศูนย์ฟิตเนส และเอื้ออำนวยให้กลุ่มเสี่ยงได้ค่าบริการในอัตราพิเศษเพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการจัดแสดงปริมาณแคลอรีอาหาร ที่ศูนย์อาหารเพื่อเป็นแรงกระตุ้นในการเลือกบริโภคอาหารให้ทั้งผู้รับบริการและบุคลากร ส่วนด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอาชีวอนามัย มีการจัดให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่ได้รับการจัดสรรให้บุคลากรสาธารณสุข จากกรมควบคุมโรค เป็นประจำทุกปี ส่วนวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี มีการดำเนินการเจาะเลือดและฉีดวัคซีนให้ในรายที่ไม่มีภูมิคุ้มกันในบุคลากรใหม่ ต่อมาได้มีการประชุมกำหนดเกณฑ์ในการรับบุคลากรใหม่ที่ต้องสัมผัสเลือด เช่น แพทย์ทันตแพทย์ พยาบาล ต้องมีผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และดำเนินการฉีดวัคซีนให้แล้วเสร็จก่อนเริ่มปฏิบัติงาน มีการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลตามลักษณะการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากป้องกันชุดป้องกันกรณีเกิดโรคระบาดร้ายแรง กรณีเกิดโรคระบาดในบุคลากร เช่น โรคอีสุกอีใส โรคหัดเยอรมัน มีแนวทางการปฏิบัติจากคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รับผิดชอบโดยงานกายภาพและสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อม ปรับปรุงอาคารสถานที่และภูมิทัศน์อย่างต่อเนื่อง มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และการให้บริการอยู่เสมอ เพื่อช่วยเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้แก่บุคลากร อีกทั้งมีคณะกรรมการกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยบริหารจัดการดำเนินการด้านมาตรฐานงานสุขาภิบาลในโรงพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ครอบคลุม ทั้งด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาล ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบการบริหารจัดการขยะ ฯ มีการติดตั้งไฟฟ้าตามทางเดิน ติดตั้งกล่องวงจรปิด ปรับปรุงพื้นที่กรง พื้นที่หญ้าสูงเพื่อป้องกัน อันตรายจากสัตว์เลื้อยคลานต่าง ๆ มีการสแกนนิ้วเข้าห้องทำงานป้องกันบุคคลภายนอกเข้าห้อง โดยไม่ได้รับอนุญาต มีรถไฟฟ้ารับ-ส่งบุคลากรและผู้มารับบริการอำนวยความสะดวกระหว่างตึก มีการส่งเสริมกิจกรรม 5 ส. ในทุกหน่วยงาน โดยการตรวจประเมินและการจัดประกวดหน่วยงาน 5 ส. ดีเด่นทุกปี เพื่อให้สถานที่ทำงานสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกต่อการใช้งาน และลดอันตรายที่อาจเกิดจากขั้นตอนการปฏิบัติงานได้ มีนโยบายในการประชาสัมพันธ์เป็นโปสเตอร์และหนังสือเวียนข้อมูลข่าวสารการเปลี่ยนแปลงการจราจรล่วงหน้า อย่างทั่วถึง มีการจัดทำทางลาดสำหรับผู้พิการและห้องน้ำผู้พิการ Universal Design เพื่ออำนวยความสะดวก และมีลิฟต์ที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่ใช้รถเข็นได้สะดวกต่อการใช้งาน รวมถึงมีปุ่มกดเป็นอักษรเบรลล์สำหรับผู้พิการทางสายตา จัดให้มีเจ้าหน้าที่ รปภ. ประจำจุดสำคัญคอยให้บริการอำนวยความสะดวกด้านการจราจรตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับบุคคลภายนอกต้องแลกบัตรประชาชนก่อนขึ้นติดต่ออาคารตึกเรียน มีการกำหนดแผน ป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยจัดอบรมการป้องกันและระงับ อัคคีภัย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จัดฝึกซ้อมดับเพลิง และฝึกซ้อมหนีไฟทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ อีกทั้งยังมีการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยร่วมกับหน่วยงานภายนอก โดยมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ดและฝ่ายอาคารสถานที่ 1 กรมชลประทาน ปากเกร็ด ร่วมซ้อมด้วย โดยสมมติสถานการณ์จริง จากนั้นหลังการประเมินผลการซ้อมดับเพลิง และฝึกซ้อมหนีไฟ นำมาปรับปรุงแผนให้ครอบคลุมและง่ายต่อการปฏิบัติ มีแผนฉุกเฉินรองรับ กรณีไฟดับ น้ำไม่ไหล โดยมีการสำรองน้ำ ไฟ ใช้ได้นาน 24 ชั่วโมงมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดในการปฏิบัติงาน มีคณะทำงาน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน จัดทำแผนด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน อย่างเหมาะสมโดยครอบคลุมสถานที่ทุกแห่งภายใน ศปช มีการวางแผน Walk Through Surveys หน่วยงานที่มีความเสี่ยง เช่น หน่วยจ่ายกลาง หน่วยการพยาบาลห้องผ่าตัด หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยใน (ซึ่งติดเชื้อโรคที่สำคัญ) งานทันตกรรม งานโภชนาการ เป็นต้น เพื่อค้นหา ความเสี่ยงจากขั้นตอนการปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ไข เช่น งานโภชนาการมีปัญหาในการเข็นรถบรรจุอาหารที่หนักไปยังหอผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่กระดูกและกล้ามเนื้อ ทางผู้บริหารจึงได้อนุมัติให้ติดมอเตอร์ที่รถเข็นเพื่อให้เกิดความสะดวกและลดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงานมีการปรับสถานที่ปฏิบัติภายในโรงครัว มีความร้อนได้ติดตั้งลมระบายอากาศในห้องครัว เพื่อระบายความร้อน

(2) นโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับบุคลากร (WORKFOCE Benefits and Policies)

ศปช สนับสนุนบุคลากรโดยการจัดให้มีการบริการ สิทธิประโยชน์ และนโยบายต่าง ๆ โดยมีนโยบาย ด้านสวัสดิการจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ ศปช เช่น สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล 15,000 บาท สะสม

ในปีต่อ ๆ ไปได้ ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลและการศึกษานูทร นอกจากนี้ ยังมีสวัสดิการบุคลากรตามที่กฎหมายกำหนด ด้านค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ใช้สิทธิตามระเบียบข้าราชการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ส่วนพนักงานมหาวิทยาลัยใช้สิทธิประกันสังคม โดยมีสวัสดิการ ดังรูป 5.1-3

รูป 5.1-3 ตารางสวัสดิการ		
บุคลากร	ครอบครัวสายตรง	หลังเกษียณ
<ul style="list-style-type: none"> - เงินช่วยเหลือกรณีประสบภัยพิบัติ - เงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต - เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีคนไข้ใน - เงินช่วยเหลือกรณีประสบอุบัติเหตุ - กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ - สหกรณ์ออมทรัพย์ - ประกันสุขภาพกลุ่ม และประกันอุบัติเหตุกลุ่ม-สำหรับบุคลากรของมหาวิทยาลัย - กู้เงินกองทุนสวัสดิการ - กู้เงินจากธนาคารอาคารสงเคราะห์ และธนาคารกรุงไทย - เครื่องแบบพนักงาน, เครื่องหมายอินทนูประกอบเครื่องแบบ (ชุดปกติขาว) - ค่าลดหย่อนในการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ ศปช. ที่เข้ารับรักษาตัวใน ศปช. - ทุนการศึกษา/อบรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ - ทุนการนำเสนองานทั้งในประเทศและต่างประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> - เงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต - บุตรของบุคลากร ศปช. ที่อายุเกิน 20 ปี ได้รับส่วนลดส่วนเกินสิทธิค่าห้อง 50% - เบี้ยประกันอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับครอบครัวสายตรงของบุคลากรของมหาวิทยาลัย (สามี ภรรยา บุตรอายุ 6-25 ปี) ในราคาที่ถูกกลง - การนำบุตรเข้าเรียนในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ - สวัสดิการเลี้ยงและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> - เงินช่วยเหลือกรณีประสบอุบัติเหตุ สำหรับบุคลากร และข้าราชการบำนาญ - ข้าราชการบำนาญได้รับยกเว้นส่วนเกินสิทธิค่าห้อง 50 % บุตรอายุไม่เกิน 20 ปี - เงินชดเชยสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยในกรณีพ้นสภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย (เกษียณ) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2559

5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (WORKFORCE ENGAGEMENT and PERFORMANCE)

(1) วัฒนธรรมองค์กร (Organization Culture)

ศปช. มีวิธีการในการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง โดยใช้ค่านิยม คือ PCMC ซึ่งจากเดิมที่ใช้การสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบทางเดียว (One-way Communication) แต่จากผลการประเมินความผูกพันในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนน้อย จึงได้นำผลมาปรับเปลี่ยนและพัฒนาช่องทางการสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบสองทาง (Two-way Communication) เพื่อถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์และนโยบาย จากผู้บริหารสู่บุคลากรทุกระดับ เช่น ค่านิยม C = Care Team มีการสื่อสารในทีมระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง มีการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ทำให้ได้มุมมองและวิถีคิดของบุคลากรที่หลากหลาย เพื่อก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ นอกจากนี้ ผู้บริหารยังนำข้อเสนอแนะจากบุคลากรมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหามาเป็นการเสริมสร้างให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนที่ดีขึ้น

รูป 5.2-1 ตารางช่องทางการสื่อสารของบุคลากร

ช่องทางการสื่อสารแบบเดิม	ช่องทางการสื่อสารแบบใหม่
<ul style="list-style-type: none"> - ดิฉันบอร์ดประชาสัมพันธ์ - หนังสือเวียน - website ศปช 	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้งกล่องรับฟังความคิดเห็น - สารจากผู้บริหาร One Page Summary ในกรณีที่ต้องการสื่อสารอย่างเร่งด่วน - โครงการผู้บริหารพบปฏิบัติ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - โครงการที่ผู้บริหารลงเยี่ยมหน่วยงาน ปีละ 2 ครั้ง - กิจกรรม Walk Rally - การประชุมในทุกระดับตามโครงสร้างการบริหาร ศปช (พร้อมเวียนมติให้บุคลากรรับทราบ)

(2) ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพัน (Drivers of Engagement)

ศปช มีวิธีการกำหนดปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร ผ่านการสำรวจความผูกพันของบุคลากรทุกระดับ ปีละ 1 ครั้ง โดยงานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม โดยในช่วงแรกผลที่ได้จากการวิเคราะห์ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการแบ่งกลุ่มบุคลากรไม่เหมาะสม จึงได้มีการแบ่งกลุ่มบุคลากรให้ชัดเจนขึ้น ทำให้พบว่า มีปัจจัยที่แตกต่างกัน และนำผลในแต่ละด้านมาปรับปรุงในส่วนที่สามารถดำเนินการได้ เช่น บุคลากรด้านการเรียนการสอนมีการสนับสนุนทุนการศึกษา ทุนอบรม ทุนการนำเสนอผลงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการสนับสนุนด้านสื่อการสอน เช่น ห้องสมุด ด้านการบริการสุขภาพ มีการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อปริญญาโท ทุนอบรมระยะสั้น มีการย้ายสถานที่ทำงานใหม่ เป็นการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานมากขึ้น มีการปรับปรุงห้องพักให้ดีขึ้นและมีห้องพักครบทุกหน่วยงาน ทั้งนี้การส่งเสริมการพัฒนาในหลักสูตรการฝึกอบรมระยะยาวทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ตรงกับสายการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จึงทำให้มีอัตราการคงอยู่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนางานตนเอง ในด้านการดูแลและการรักษาผู้ป่วยได้ต่อไป

(3) การประเมินความผูกพัน (Assessment of Engagement)

ศปช มีการประเมินความผูกพันของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การประเมินความผูกพันที่เป็นทางการ ได้แก่ การประเมินความผูกพันรวมถึงความพึงพอใจ ปีละ 1 ครั้ง ที่ผู้บริหารลงเยี่ยมหน่วยงาน สํารวจจากแบบสอบถาม Exit Interview ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการลาออก ส่วนการประเมินที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร ดังผลลัพธ์รูป 7.3-8 ร้อยละของอาจารย์ที่ดำรงตำแหน่งทางวิชาการ ดังผลลัพธ์รูป 7.3-1 ผลการวิเคราะห์การประเมินความผูกพันรวมถึงความพึงพอใจประจำปี จะถูกนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ศปช เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงส่งผลให้ภาพรวมความพึงพอใจของบุคลากรสูงขึ้น สอดคล้องกับระดับความผูกพันที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังผลลัพธ์รูป 7.3-4 , 7.3-7

(4) การจัดการผลการปฏิบัติงาน (PERFORMANCE Management)

ศปช มีระบบการจัดการผลการปฏิบัติงานของบุคลากร สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ให้ผลการดำเนินงานที่ดี และมีความผูกพันของบุคลากร จัดทำบันทึกข้อตกลงรายบุคคล โดยให้มีการกำหนดตัวชี้วัด OKR (Objective & Key Results) ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ปี 2563 โดยตัวชี้วัด OKR มาจากตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ เพื่อตอบจุดเน้น แก้ไขปัญหาองค์กร ในการเพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม (บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ) มีการใช้ Unit Cost มาเป็นตัววัดผลสร้างวัฒนธรรมองค์กร ส่งเสริมความผูกพัน และเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่ท้าทายเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงานที่ดี รวมถึงเพิ่มรางวัลและแรงจูงใจ เช่น มีการให้ค่าตอบแทนตามผลประกอบการขององค์กรรายเดือนแก่บุคลากรทุกคน ที่มีวันทำงานครบตามข้อกำหนด และผูกพันกับผลประกอบการของ ศปช ในแต่ละปีมีการให้ค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนในสาขาวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลน เช่น นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ นิติกร วิศวกร และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ มีทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ให้กับบุคลากรสายวิชาการตามข้อกำหนด กรณีผลงานทางวิชาการได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติตามมาตรฐานข้อมูล SCOPUS ด้านการเรียนการสอน มีการให้ค่าตอบแทนประจำตำแหน่ง ตั้งแต่ระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ขึ้นไป และด้านการบริการสุขภาพ วิจัย และงานสนับสนุนทั่วไป ตั้งแต่ระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป มีการยกย่อง เชิดชูเกียรติ ให้รางวัล โดยพิจารณาคัดเลือกผู้มีผลงานดีเด่นผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เป็นบุคลากรดีเด่นในด้านต่าง ๆ เป็นประจำทุกปี ส่งเสริมและสนับสนุนผลงานที่โดดเด่นในสาขาอาชีพต่าง ๆ ในระดับประเทศ เพื่อนำความสามารถนั้นมาให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมโดยรวม และมีการจัดมหกรรมคุณภาพเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานและการสร้างนวัตกรรม โดยมีการประกวดและให้รางวัลแก่ผู้ชนะตามลักษณะผลงาน ปีละ 1 ครั้ง

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ (WORKFORCE and Leader Development)

(1) ระบบการเรียนรู้และการพัฒนา (Learning and Development System)

ศปช มีระบบการเรียนรู้และการพัฒนาสนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากรและผู้บริหาร ได้แก่ มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร (Training Need) ระยะยาว 5 ปี โดยมีการทบทวนและปรับปรุงแผนทุกปี ตามความเหมาะสมและการเปลี่ยนแปลง แบ่งการพัฒนาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สายบริหาร สายวิชาการ และสายสนับสนุนวิชาการ โดยยึดตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรเน้นการพัฒนาที่ตอบสนองกับวิสัยทัศน์ขององค์กร มีการจัดอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น โครงการบริการด้วยใจ สร้างสายใยสู่ความสำเร็จ และกำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรรายบุคคลผ่านการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา ทั้งภายนอกและภายใน บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา นำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดในหน่วยงาน

(2) ประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการพัฒนา (Learning and Development Effectiveness)

ศปช มีวิธีการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และการพัฒนา โดยมีการประเมินผลการอบรมภายใน ใช้การวัดความรู้ก่อนและหลังการเข้าอบรม(Pre/Post Test) มีการประเมินผลการอบรมภายนอก ให้เขียนรายงานผลการไปประชุม/อบรม/สัมมนา ความรู้และประโยชน์ที่ได้รับทั้งต่อตนเองและต่อหน่วยงาน เสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ รายงานให้ทางฝ่ายทรัพยากรบุคคลรับทราบ และถ่ายทอดความรู้

ที่ได้รับมาภายในหน่วยงาน มีการประเมินหลังฝึกอบรม 3-6 เดือน โดยสำหรับการลาอบรมระยะสั้น หลังจาก
อบรมต้องเสนอผลงานโดยเลือกปฏิบัติอย่างน้อย 1 หัวข้อตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ แนวปฏิบัติ/คู่มือภายใน
3 เดือน นวัตกรรม/ CQI ภายใน 6 เดือน R2R ภายใน 1 ปี งานวิจัย ภายใน 1 ปี ด้านการบริการสุขภาพ ภาพรวม
ดูจากอัตราการ Refer out น้อยลง มีการเปิดบริการการรักษาในระดับตติยภูมิ/ศูนย์เชี่ยวชาญ (ตามแผนยุทธศาสตร์
ศปช) ด้านการเรียนการสอน การพัฒนาอาจารย์ มีการพัฒนา การเรียนการสอนร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว ผ่าน
การสัมมนา และโครงการต่าง ๆ และการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน และมีการ
วัดพึงพอใจของนิสิตแพทย์ที่มีต่อการเรียนการสอน (มีการประเมิน WFME) ด้านการวิจัย มีจำนวนผู้ทำวิจัยเพิ่มขึ้น
ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีมาตรฐานในระดับชาติ และนานาชาติ มีการนำไปใช้ประโยชน์
นอกจากนี้ ยังมีการจดลิขสิทธิ์ผลสร้างสรรค์ เรื่องระบบจัดการคลังข้อสอบอิเล็กทรอนิกส์ รับรอง ณ วันที่ 24
ตุลาคม 2560

(3) ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน (Career Progression)

ศปช มีวิธีการจัดการความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร และผู้นำในอนาคต โดยมีการ
จัดทำ Career Path ให้สอดคล้องกับด้านการเรียนการสอน การบริการสุขภาพ การวิจัย และงานสนับสนุน
ทั่วไป ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนสายงานเพื่อความก้าวหน้า มีระเบียบรองรับให้สามารถดำเนินการได้ เช่น สำหรับ
ผู้บริหาร มีการกำหนดหลักสูตรการพัฒนาผู้บริหาร โดยมีการดำเนินการส่งผู้บริหารอบรมตามแผน (รูป 7.3-9)
และการขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น มีการกำหนดคุณสมบัติ เกณฑ์การพิจารณาผ่านคณะกรรมการในหน่วยงาน
สายวิชาการ การเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ มีมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามข้อบังคับของมหาวิทยาลัย โดยไม่มี
การจำกัดกรอบ และสายสนับสนุน ข้าราชการมีความก้าวหน้าตามระเบียบของสำนักงานคณะกรรมการ
การอุดมศึกษาพนักงานมหาวิทยาลัยอยู่ระหว่างการจัดทำระเบียบในภาพรวมของมหาวิทยาลัย ตลอดจนมี
การวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารและผู้นำ มีการพิจารณาฝึกอบรมบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้างาน
เพื่อเตรียมความพร้อมขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ผ่านหลักสูตรภายนอกต่าง ๆ ตามความเหมาะสม โดยคัดเลือกจาก
หัวหน้างาน หรือหัวหน้าสาขาวิชา โดยประเมินจากผลงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งมอบหมายงานที่มีความสำคัญให้
ดำเนินการก่อนรับตำแหน่ง โดยเริ่มจากตำแหน่งรักษาการ วาระ 6 เดือน และประเมินผลก่อนแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งหัวหน้า

หมวด 6 การปฏิบัติการ

6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

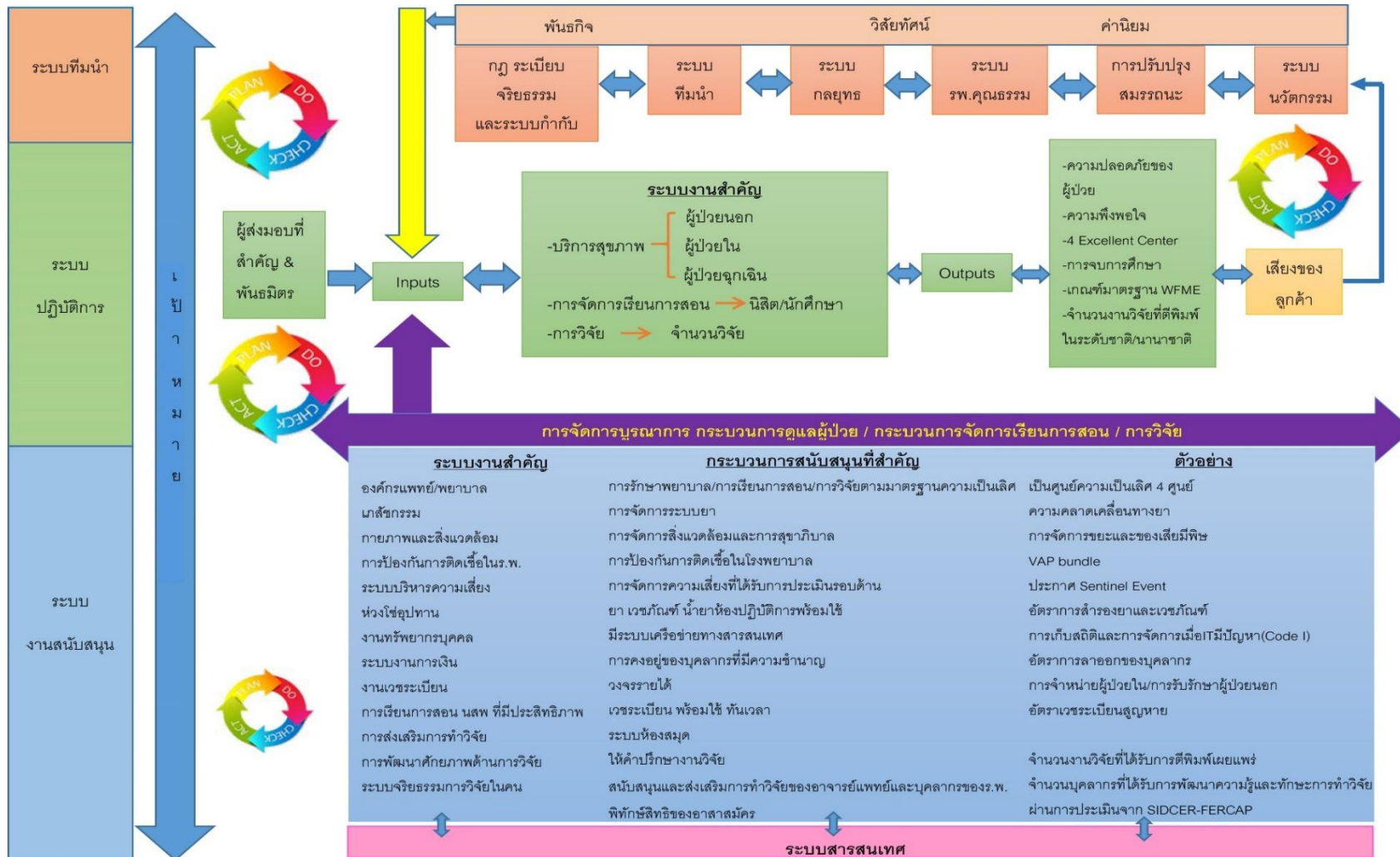
ก. การออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการ (Product and PROCESS Design)

ศปช ได้ออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์กร กลยุทธ์และอื่น ๆ ดังรูป 6.1-1 โดยอาศัยการรับฟังความคิดเห็นของลูกค้า/ผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คู่ความร่วมมือและบุคลากร ซึ่งได้มาจากช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ (รายละเอียดแสดงในหมวด 1 การนำองค์กร เรื่องการสื่อสาร) ซึ่งนำข้อมูลสารสนเทศใช้พิจารณาเป็นเกณฑ์ในการออกแบบของผลิตภัณฑ์ มุ่งเน้น 4 ศูนย์ความเป็นเลิศ 4 ศูนย์เชี่ยวชาญ (รายละเอียดแสดงในหมวด 1 (3) การสร้างองค์กรที่ประสบความสำเร็จ โดยบูรณาการจัดกระบวนการผ่านด้านการบริการสุขภาพ การเรียนการสอน และการวิจัย

(1) การจัดทำข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงาน (Determination of Product and PROCESS Requirements)

ศปช จัดทำข้อกำหนดระบบงาน ดังรูป 6.1-1 โดยทุกระบบมีการจัดทำตามกระบวนการ ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ ซึ่งตอบโจทย์ความท้าทายโดยใช้การประเมินตนเองตามหลักของ SWOT กำหนดเป็นแผนระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว ถ้าในกรณีที่เป็จุดที่เป็นความเสี่ยงทาง ศปช ก็จะทำนำมากำหนดเป็นจุดเน้นของ ศปช เป็นปีต่อปี ดังแสดงในรูป 2.1-3 และรายละเอียดข้อ 2-2 ก (1) ในหมวด 2) ในการพัฒนา ปรับปรุง การรับฟังเสียงของลูกค้า ดังรูป 3.1-1 หมวด 3 (รวมถึงรอบเวลาของกระบวนการ ผลิตภาพ ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล) การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ ดังรูป 6.1-1 และการค้นหาปัญหาจากการประเมินผลและปรับปรุง งบประมาณ (กลยุทธ์การเพิ่มรายรับลดรายจ่าย) สภาพทางการตลาดและการแข่งขัน

รูป 6.1-1 ระบบงานสำคัญขององค์กร



(2) กระบวนการทำงานที่สำคัญ (KEY WORK PROCESSES)

ศปช มีกระบวนการที่สำคัญ คือ ด้านการเรียนการสอน 5 กระบวนการ ด้านบริการสุขภาพ 4 กระบวนการ และด้านการวิจัย 2 กระบวนการ ดังรูป 6.1-2, รูป 6.1-3 และรูป 6.1-4 มีการทบทวนกระบวนการและตัวชี้วัดทุกไตรมาสตามรอบการติดตามผลการดำเนินงานในหมวด 4 ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหาร ศปช

รูป 6.1-2 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การเรียนการสอน)			
กระบวนการสำคัญ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ผลลัพธ์รูปที่
การรับนิสิตแพทย์	รับ นสพ ตรงจาก คณะแพทยศาสตร์ มศว	ร้อยละการรับ นสพ ตามข้อตกลงร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ มศว ในชั้นปี 4, 5, 6 (ตามนโยบายการรับนิสิตแพทย์ 60 คนต่อชั้นปี)	7.1-15
การเรียนการสอนนิสิตแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ	นสพ. มีความรู้ ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE 3)	7.1-1
การพัฒนาศักยภาพอาจารย์แพทย์เพื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ	อาจารย์มีความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละของอาจารย์แพทย์ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษา	7.1-16
การสนับสนุนการเรียน (ความพร้อมด้านกายภาพ การบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดสอบ)	นิสิตแพทย์ได้รับการจัดการเรียนการสอน ตาม มคอ.	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนขั้นพื้นฐาน	7.2-1
		ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการเรียนการสอน	7.2-2
ประเมินการติดตามผล และสรุปผล	-วิเคราะห์ผลการประเมินและนำมาพัฒนา การจัดการเรียนการสอน -ประเมินคุณภาพการศึกษาและนำมาปรับปรุงในปีการศึกษาถัดไป	ผลการประเมิน WFME	7.1-2

การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต: ปัจจุบัน ศปช ใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 และผ่านการรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ ตามมาตรฐานสากล WFME โดยผ่านการรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ (สมพ.) ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2560-16 พฤศจิกายน 2565 ศปช ในฐานะโรงพยาบาลร่วมผลิตบัณฑิตแพทย์ จึงมีส่วนร่วมในการปรับปรุงหลักสูตรฯ โดยผ่านคณะกรรมการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มศว

การรับนิสิตแพทย์: นิสิตแพทย์ที่มาศึกษา ณ ศปช รัับร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว โดยเป็นการรับนิสิตแพทย์ตามข้อตกลงร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว ในชั้นปีละ 60 คน (ชั้นปี 4, 5, 6) รวม 180 คน ได้แก่ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 ใน 4 สาขาวิชาหลัก คือ สาขาวิชาอายุรกรรม สาขาวิชาศัลยกรรม สาขาวิชากุมารเวชกรรม

สาขาวิชาสูติ-นรีเวชกรรม นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 5 ใน 4 สาขาวิชาหลัก และ 4 สาขาวิชารอง คือ สาขาจักษุวิทยา สาขาวิชาไต ศอ นาสิก สาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ใน 4 สาขาวิชาหลัก คือ สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์ และสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ด้านการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนานิสิตแพทย์: ศปช มีคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แพทยศาสตรบัณฑิตและคณะกรรมการแพทยศาสตรศึกษา ประชุมร่วมคณะแพทยศาสตร์ทุกเดือน เพื่อจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตาม มคอ. และเกณฑ์มาตรฐาน WFME นอกจากนี้ ศปช มีการจัดอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากในห้องเรียน เช่น กิจกรรมวิชาการ ศปช /การจัดโครงการบริการวิชาการ/การจัดโครงการสานฝันปันรัก ซึ่งเป็นกิจกรรมร่วมกับประชาชนในชุมชนและสถานสงเคราะห์ เพื่อให้ นิสิตแพทย์มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติรวมทั้งมุ่งเน้นการพัฒนานิสิตแพทย์ให้มีความรู้คู่คุณธรรมและมีจิตสาธารณะ ที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย

เพื่อให้การเรียนการสอนนิสิตแพทย์มีประสิทธิภาพ จึงมีกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพอาจารย์แพทย์ด้านการเรียนการสอน เทคโนโลยีสำหรับการเรียนการสอน โดยเป็นนโยบายให้อาจารย์แพทย์ใหม่จะต้องเข้าร่วมอบรมแพทยศาสตรศึกษาขั้นพื้นฐานทุกท่าน และยังคงพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มอาจารย์แพทย์ทั้งหมด

การประเมินและติดตามผล: ศปช มีการประเมินผลความพึงพอใจ ของนิสิตแพทย์ ต่อการจัดการเรียนการสอนในทุกสาขาวิชา โดยในช่วงแรกดำเนินการจัดทำด้วยแบบสอบถามในกระดาษ แต่พบว่าการประเมินผล ค่อนข้างล่าช้า จึงมีการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับการประเมินผลการเรียน ความพึงพอใจโดยใช้ระบบออนไลน์ ทำให้อาจารย์ผู้สอนสามารถทราบผลการประเมินได้รวดเร็ว สามารถพัฒนาและปรับปรุงการเรียนการสอน ได้ในกลุ่มถัดไป เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพการสอนที่ดี และจากผลการวิเคราะห์ความต้องการของ นสพ. พบว่า มีความต้องการฝึกทักษะทางคลินิกในหลายหัวข้อ เพื่อเตรียมตัวสอบ และเพิ่มความชำนาญในการทำหัตถการ ศปช จึงพัฒนาห้องฝึกทักษะทางคลินิก (Chonprathan Clinical Simulation Center) เพื่อให้ นิสิตแพทย์สามารถเข้ามาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

รูป 6.1-3 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การบริการสุขภาพ)			
กระบวนการสำคัญ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ผลลัพธ์รูปที่
การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	มีคุณภาพ ปลอดภัย เข้าถึงง่าย ทันเวลา ไม่รอนาน ประสิทธิภาพดี	อัตราผู้ป่วยเบาหวานจอประสาทตาที่จำเป็นต้อง เลเซอร์ ได้รับการเลเซอร์ในสองสัปดาห์	7.1-3
		ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกและใน (ภาพรวม)	7.2-3
		สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2	7.1-17
		ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการที่ห้อง ฉุกเฉินระยะเวลา ภายใน 60 นาที	7.1-18
การประเมินและการตรวจวินิจฉัย	มีคุณภาพ ปลอดภัย คุ่มค่า ทันเวลา ยึดหลักฐานทาง วิชาการ การสื่อสารดี	อัตราการรายงานผล labผิดพลาด	7.1-19
		อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับ ASA ภายใน 24 ชม	7.1-20
		ร้อยละของการถ่าย-ส่งเอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิด ส่วน	7.1-21
		ร้อยละของการทำแบบทดสอบเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด	7.1-22
การวางแผนและการดูแลรักษา	มีคุณภาพ ปลอดภัย การสื่อสาร ดี ประสานงานดี	อัตราการเกิดปฏิกิริยาแทรกซ้อนจากการให้เลือด	7.1-23
		อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุ	7.1-4
		อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชม.	7.1-5
		อัตราการตายรายปีของผู้ป่วยมะเร็ง 5 ลำดับแรก	7.1-6
		อัตราการรอดชีพ 3 ปีของผู้ป่วยมะเร็งแยกกายโรค	7.1-7
		อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนกระจกตา มีระดับการ มองเห็นดีขึ้นอย่างน้อย 3 ระดับ	7.1-8
		อัตราการตายของทารกแรกเกิด	7.1-9
		อัตราการตายปริกำเนิด	7.1-10
		อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	7.1-11
		อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วย หายใจ (ภาพรวม)	7.1-24
		อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวน หลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)	7.1-25
		อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสาย สวนปัสสาวะ (ภาพรวม)	7.1-26
		อัตราการเสียชีวิตจาก AMI	7.1-12
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	7.1-13		

รูป 6.1-3 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การบริการสุขภาพ)				
กระบวนการสำคัญ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ผลลัพธ์รูปที่	
การดูแลต่อเนื่องและให้ข้อมูลเสริมพลัง	มีคุณภาพ ปลอดภัย สื่อสารดี	ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่กลับมาห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชม. โดยไม่ได้นัด	7.1-27	
		อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่	7.1-29	
		ร้อยละความพึงพอใจจากการเยี่ยมบ้าน	7.2.11	
		มีความทันเวลาของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบ	7.1-28	
กระบวนการสนับสนุน				
ระบบการกำกับดูแลวิชาชีพ	เพื่อเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์	7.1-30	
ระบบบริหารความเสี่ยง	ความปลอดภัยและผลการรักษาที่ดี	อัตราการทบทวนความเสี่ยง ระดับ E ขึ้นไป	7.1-31	
ระบบกายภาพและสิ่งแวดล้อม	ถูกต้องตามกฎหมาย	ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	7.1-32	
		ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า	สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	7.1-33
			อัตราการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์	7.1-34
			ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	7.1-35
ระบบยา	มีประสานการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน)	7.1-36	
		อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	7.1-37	
ระบบสารสนเทศ	ความรวดเร็ว	Information systems down time	7.1-38	
	ข้อมูลที่มีคุณภาพ	Information systems response time	7.1-39	
ระบบงานทรัพยากรบุคคล	สมรรถนะ	ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร จำแนกตามกลุ่ม	7.3-7	
		อัตรากำล้าง	ร้อยละการพัฒนาบุคลากรจำแนกตามกลุ่ม	7.3-9
		การคงอยู่	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	7.3-4
			อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม	7.3-8
			คะแนนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลอยู่ระดับ 5 (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค)	7.3-6
			อัตราการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีตามกลุ่มอายุ	7.3-5

รูป 6.1-3 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การบริการสุขภาพ)			
กระบวนการสำคัญ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ผลลัพธ์รูปที่
ระบบการเงิน		Current ratio	7.5-1
		Quick ratio	7.5-2
		จำนวนเงินงบประมาณที่ได้จัดสรรเพื่อพัฒนาตามพันธกิจหลักของ สปช	7.4-5
		จำนวนเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ สปช	7.4-6
		อัตราการเรียกคืนเงิน (Reimbursement) ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง	7.5-4
		อัตราของการ Reimbursement 3กองทุน	7.5-5
ระบบงานเวชระเบียน		อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.	7.1-40
		อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	7.1-41

รูป 6.1-4 ตารางข้อกำหนดของกระบวนการสำคัญ (การวิจัย)			
กระบวนการสำคัญ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ผลลัพธ์รูปที่
การส่งเสริมการทำวิจัย	สนับสนุนและส่งเสริมการทำวิจัยของอาจารย์แพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาล	ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย	7.2-6
		จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและระดับนานาชาติ	7.1-14
		ร้อยละของโครงการวิจัยที่ส่งรายงานความก้าวหน้าตามกำหนดเวลา	7.1-42
		ร้อยละของงานวิจัยที่ขอขยายระยะเวลาต่อจำนวนงานวิจัยทั้งหมด	7.1-43
การบริหารงานวิจัย	ส่งเสริมสนับสนุนให้ขอทุนอุดหนุนวิจัยทุนตีพิมพ์ ทุนนำเสนองานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ	ร้อยละของเงินสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยต่อปีงบประมาณ	7.1-44
		จำนวนเงินของโครงการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จากงบประมาณที่เสนอขอทุน	7.1-45
		จำนวนข้อเสนองานวิจัยที่ได้รับอนุมัติทุนสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย	7.1-46
		จำนวนเงินทุนตีพิมพ์การวิจัยที่ใช้ในแต่ละปี	7.1-47
กระบวนการสนับสนุน			
ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน	จริยธรรมการวิจัยที่ได้มาตรฐานสากล และส่งเสริมให้นักวิจัยผ่านอบรมมาตรฐานการจริยธรรมการวิจัยในคน	จำนวนโครงร่างวิจัยที่ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	7.1-48
		โครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการอบรม/การตรวจประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	7.1-49

งานวิจัย ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์และบุคลากรของ ศปช สร้างผลงานวิจัยที่มีคุณภาพได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ รวมทั้งนำผลงานวิจัยมาใช้พัฒนางานได้ ศปช แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัยที่ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์สาขาวิชาต่าง ๆ ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยทางคลินิก และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและสถิติสำหรับการวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำและติดตาม การทำวิจัยของอาจารย์แพทย์และบุคลากรของ ศปช จากการเก็บตัวชี้วัดจำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ พบว่า มีปริมาณน้อย จึงนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเพื่อให้มีปริมาณงานวิจัยที่เพิ่มขึ้น โดยการส่งอาจารย์แพทย์และผู้สนใจเข้ารับการอบรมหลักสูตรการวิจัยและสถิติทางระบาดวิทยาคลินิก

และจัดโครงการอบรมหลักสูตรการวิจัยและสถิติทางระบาดวิทยาคลินิกใน ศปช จากนั้นได้ทำการประเมินเกี่ยวกับการทำผลงานวิจัย พบว่า อาจารย์แพทย์ที่กำลังทำผลงานวิจัยมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น

ด้านการสนับสนุนทุนสำหรับการทำวิจัย และทุนสำหรับการตีพิมพ์และนำเสนอผลงานวิจัย โดยมีกระบวนการ ดังนี้ มีการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ เช่น ส่งหนังสือเวียน ประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook ของงานวิจัยเกี่ยวกับการขอทุนสนับสนุนการทำวิจัยและการตีพิมพ์ จากนั้นจะมีการพิจารณาทุน โดยคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง และทำสัญญารับทุนวิจัยตามข้อกำหนดของสัญญาการรับทุน จากนั้นจะมีการติดตามความก้าวหน้าทุก 6 เดือน เมื่อครบ 1 ปี นักวิจัยต้องส่งผลงานตามข้อกำหนดของสัญญาการรับทุน จากการเก็บตัวชี้วัดจำนวนเงินสนับสนุนการทำวิจัยพบว่ามีปริมาณน้อย งานวิจัยได้ทำแบบประเมินความพึงพอใจพบว่า มีอาจารย์แพทย์และบุคลากรยังไม่ทราบเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ จึงพัฒนาโดยเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ เช่น ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางเลขาสาขาวิชา และเพิ่มช่องทาง Line กลุ่มต่าง ๆ ของบุคลากรใน ศปช รวมทั้งลงโปรแกรมสถิติและการจัดการบรรณานุกรมในทุกสาขาวิชา และจัดสถานที่ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ พร้อมทั้งโปรแกรมทางสถิติ ณ หน่วยงานวิจัย เพื่อให้ นักวิจัยสามารถเข้าไปใช้ได้ตลอดเวลา

การทำวิจัยใน ศปช จะต้องทำตามขั้นตอนของระเบียบ ศปช ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยใน ศปช พ.ศ. 2552 โดย ศปช มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทำหน้าที่พิจารณาโครงการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร ต่อมาพบข้อขัดข้องเรื่อง การแก้ไขโครงร่างการวิจัยที่ไม่ตรงตามระเบียบวิธีวิจัยจำนวนมาก ทางงานวิจัยจึงได้จัดให้มีการอบรมการเขียนโครงการวิจัย และกำหนดให้นักวิจัยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรจริยกรรมการวิจัยในมนุษย์

(3) แนวคิดในการออกแบบ

ศปช มีแนวคิดในการออกแบบโดยใช้การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ดังกล่าวไว้ในหมวด

1) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ (ดังแสดงในรูป 2.1-3 และ ข้อ 2.2 ก (1) ในหมวด 2) ปัญหาที่ได้จากการประเมินผลทั้งภายใน (การเยี่ยมสำรวจภายใน ทีม IS) และภายนอก (สภาวิชาชีพ สรพ./สำนักงานประกันสังคม) มาตรฐานการรักษา มีการนำระบบงานที่สำคัญตามกรอบ HA มาใช้บูรณาการกับระบบเดิม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น และมาตรฐานการศึกษา (WFME) และมาตรฐานการวิจัย เป็นแกนโดยมีระบบทรัพยากรบุคคลเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมและความรู้ความสามารถสอดคล้องกับแผนพัฒนา ใช้ประเด็นปัญหาในพื้นที่ ความต้องการของลูกค้า รวมทั้งใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น Minimal Invasive Surgery มาใช้เพื่อออกแบบกระบวนการบริการสุขภาพมาตรฐาน ใช้ Deming Cycle (PDCA) ในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพ การเรียนการสอน และกระบวนการทำงานให้บรรลุข้อกำหนดและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งสร้างความประทับใจและความพึงพอใจในการใช้ผลิตภัณฑ์/บริการ และใช้ PDCA ในการปรับปรุงกระบวนการ ถ้ากระบวนการทำงานไม่สอดคล้องกับผลิตภัณฑ์/บริการ จะนำซึ่งปรากฏอยู่ในระบบสนับสนุน (1) ข้อมูลเสี่ยงของลูกค้า/ผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คู่ความร่วมมือและบุคลากร (2) การนำเทคโนโลยีใหม่ (โปรแกรม HOSxP version 4 โปรแกรม Inventory การพัฒนา Application) (3) การนำความรู้ซึ่งปรากฏอยู่ในระบบสารสนเทศขององค์กร โดยผ่านระบบ HOSxP ระบบความเสี่ยง (HRMS) และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (4) คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยและ

ลูกค้าผ่านสายธารแห่งคุณค่า VSM (5) ความเป็นเลิศของผลิตภัณฑ์ซึ่งปรากฏอยู่ในสารสนเทศ เช่น ระบบ HOSXP ระบบความเสี่ยง (HRMS) มากำหนด (ก) เป้าหมายของกระบวนการทำงาน (ข) ตัวชี้วัดของกระบวนการทำงาน (ค) การสื่อสารกระบวนการทำงานสู่บุคลากร และ (ง) การใช้ทรัพยากรทั้งจากภายในและจ้างภายนอกมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหาร ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้บริหารกำหนดในแผนกลยุทธ์เป็น Excellent Center ทางด้านโรคมะเร็ง อนุมัติการจัดหาเครื่องผสมยาเคมีบำบัด การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความชำนาญและมีประกาศนียบัตรรับรองทั้งในการผสมและให้ยาเคมีบำบัด และมีการตั้งคณะกรรมการเคมีบำบัด ประกอบด้วยแพทย์และสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาออกแบบและพัฒนาระบบงาน เช่น การให้บริบาลทางเภสัชกรรม การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาเคมีบำบัดรวมทั้งข้อควรปฏิบัติตน อาหารที่รับประทานในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดและประเมินผลการรับรู้การปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการประชุมสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบงาน (PDCA)

ข. การจัดการและการปรับปรุงกระบวนการ (PROCESS Management and Improvement)

(1) การนำกระบวนการไปปฏิบัติ (PROCESS Implementation)

ศปช มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานเป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ โดยมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและมี การกำกับ การปฏิบัติประจำวันไปตามข้อกำหนดของระบบงานแบบ 2 ทิศทาง คือ (1) แบบแนวตั้ง การกำกับงานโดยทีมบริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ ศปช รองผู้อำนวยการและผู้ช่วยผู้อำนวยการ (2) แบบแนวนอน การกำกับงาน โดยเน้นการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรโดยมีทีมนำระบบที่สำคัญ คณะกรรมการชุดต่าง ๆ และหัวหน้างานในการกำกับดูแล การนำระบบงานไปปฏิบัติกระบวนการทำงาน โดยการนำค่าตัวชี้วัดระบบงานตาม (รูป 6.1-2, รูป 6.1-3 และรูป 6.1-4) มาเป็นตัววัดผลของกระบวนการ การนำกระบวนการไปปฏิบัติเริ่มต้นด้วย (1) ปรับปรุงกระบวนการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันหรือเป็นไปตามมาตรฐาน (2) นำไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านการกำหนดนโยบายและจัดทำแนวทางสื่อสารให้ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง เช่น การจัด การอบรม ระเบียบ คู่มือ วิธีการปฏิบัติ (3) จัดให้มีการจัดการความรู้ แบ่งปันความรู้และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและบุคลากรในรูปแบบคณะกรรมการมาจากส่วนงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานทุกกระบวนการ (4) การวัดผลการปฏิบัติและสมรรถนะ ถ้าพบกระบวนการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด จะดำเนินการจัดการและปรับปรุงระบบงานและใช้วงจร PDCA ในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ (ดังรูป 6.1-1) เช่น ด้านบริการสุขภาพ ทีม นำการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ ได้ทบทวนตัวชี้วัด ตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการนำมากำหนดและปรับปรุง CPG CNPG ต่าง ๆ มีการจัดการความรู้ผ่านการอบรมและชุมชนนักปฏิบัติ (CoP)

(2) กระบวนการสนับสนุน (Support PROCESSES)

ศปช มีการกำหนดกระบวนการสนับสนุนให้สอดคล้องกับกระบวนการที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนกระบวนการหลักให้สามารถดำเนินงานไปได้ตามเป้าหมาย (อยู่ในส่วนล่างสุดใน รูป 6.1-1) โดยมีการกำกับการปฏิบัติงานประจำวันไปตามข้อกำหนดของระบบงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงในเนื้อเดียวกับกระบวนการหลักในการสนับสนุนผลิตภัณฑ์/บริการ (1) มีการทบทวนระบบงานสนับสนุนปัจจุบันให้ระบบงานบรรลุข้อกำหนด (2) มีการ

ระบุถ้าพบปัญหาในระบบงานสนับสนุน และ/หรือ (3) มีการระบุความต้องการในกระบวนการระบบงานสนับสนุน เพื่อเสียงของลูกค้าหรือข้อกำหนดที่จำเป็นอื่น ๆ มีปรากฏในแผนกลยุทธ์ (หมวด 2) เพื่อสนับสนุนงานในปัจจุบัน และอนาคต เช่น งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานบริหารและธุรการ งานคลังและพัสดุ งานนโยบายและแผน งานประกันคุณภาพการศึกษา งานประชาสัมพันธ์ งานวิเทศสัมพันธ์ งานเวชนิทัศน์ งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ ใช้ทุน และงานห้องสมุด เป็นต้น โดยกระบวนการจะสอดคล้องกับระบบงานสนับสนุนที่สำคัญและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ให้หลักการกำกับการปฏิบัติงานจากกระบวนการทบทวนองค์กร เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันสามารถบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ

(3) การปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการ (Product and PROCESS Improvement)

ศปช มีวิธีการในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยคณะกรรมการบริหาร ศปช ได้ประชุมร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลการดำเนินงาน 4 ด้าน คือ ด้านผลิตภัณฑ์ (บริการสุขภาพ/การเรียนการสอน/การวิจัย) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า ด้านการปฏิบัติการ ด้านการเงินและการตลาด เพื่อปรับปรุงความน่าเชื่อถือ/ลดความแปรปรวนของกระบวนการและบรรลุเป้าหมายของสมรรถนะหลักขององค์กรโดยใช้วงจร PDCA, กระบวนการ HA, KM, Lean โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

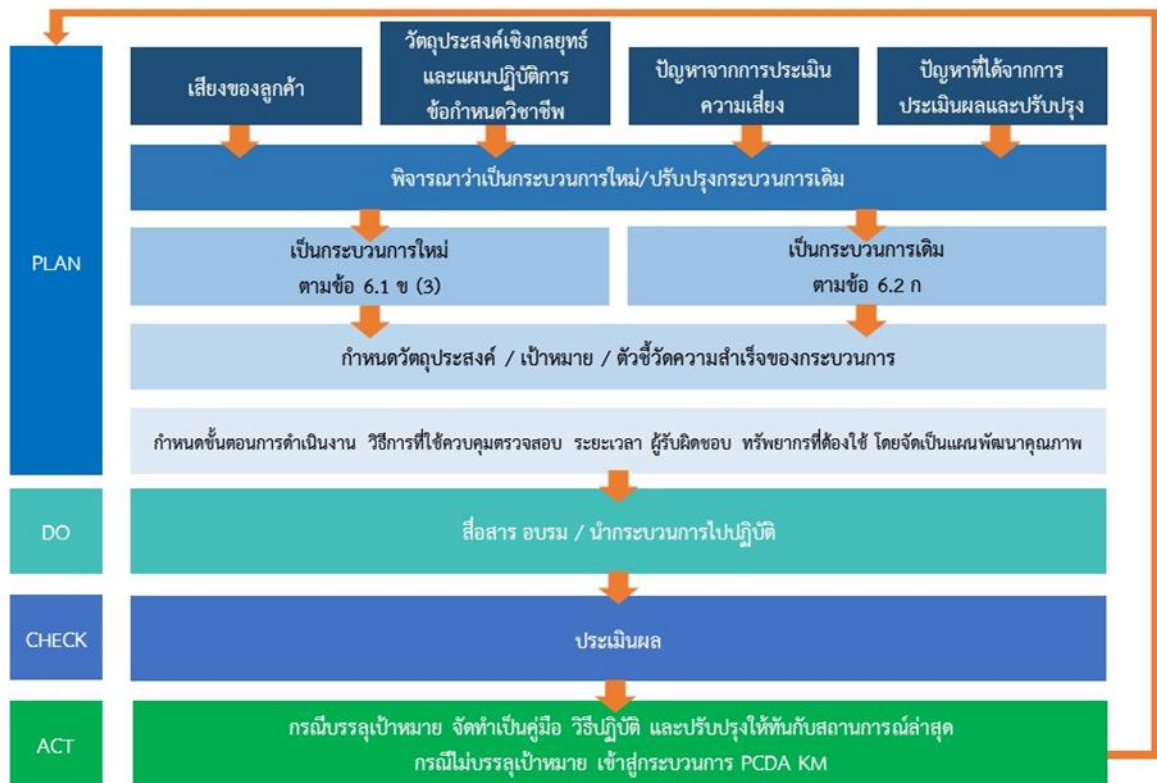
Plan โดยพิจารณาความพร้อมและศักยภาพของบุคลากร แผนกลยุทธ์และเป้าหมาย ตัวชี้วัดของการทำงาน สภาวะทางการเงิน สภาวะแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการแข่งขัน ตลอดจนการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อให้การดำเนินงานมุ่งสู่ความเป็นเลิศ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Do สื่อสารและนำไปสู่การปฏิบัติ โดยผ่านการกำหนดนโยบายจากทีมบริหาร คณะกรรมการบริหาร ศปช หัวหน้างาน การเยี่ยมหน้างานและจัดทำแนวทางสื่อสารให้ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการอบรม ระเบียบ คู่มือ วิธีการปฏิบัติ

Check มีคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน (IS: Internal Surveyor) และทีม Facilitator ที่ได้รับการอบรมจาก สรพ. ตรวจสอบให้กำลังใจและเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงกับทุกหน่วยงาน การเยี่ยมสำรวจจากภายนอก (สรพ. กสพท.สภาวิชาชีพ สำนักงานประกันสังคม) การลงเยี่ยมหน้างานของผู้บริหาร อย่างน้อยปีละครั้ง การประชุมทีมบริหารทุกสัปดาห์ และการประชุมกรรมการบริหารทุกเดือน

Act นำข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจภายใน การลงเยี่ยมหน้างานของผู้บริหาร การให้นโยบาย Change for the Better มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อปรับปรุงงานผ่านค่านิยมองค์กร (PCMC) โรงพยาบาลคุณธรรม (บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ) ส่วนที่ได้รับการปรับปรุงเป็น Best Practice ให้จัดทำเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติ มีการใช้ PDCA ในการปรับปรุงให้ทันสมัยพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาให้ได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ จนทำให้อัตราการตายลดลง เป็น Best Practice สรพ. คัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการ HA Forum ของประเทศไทยในปี 2560

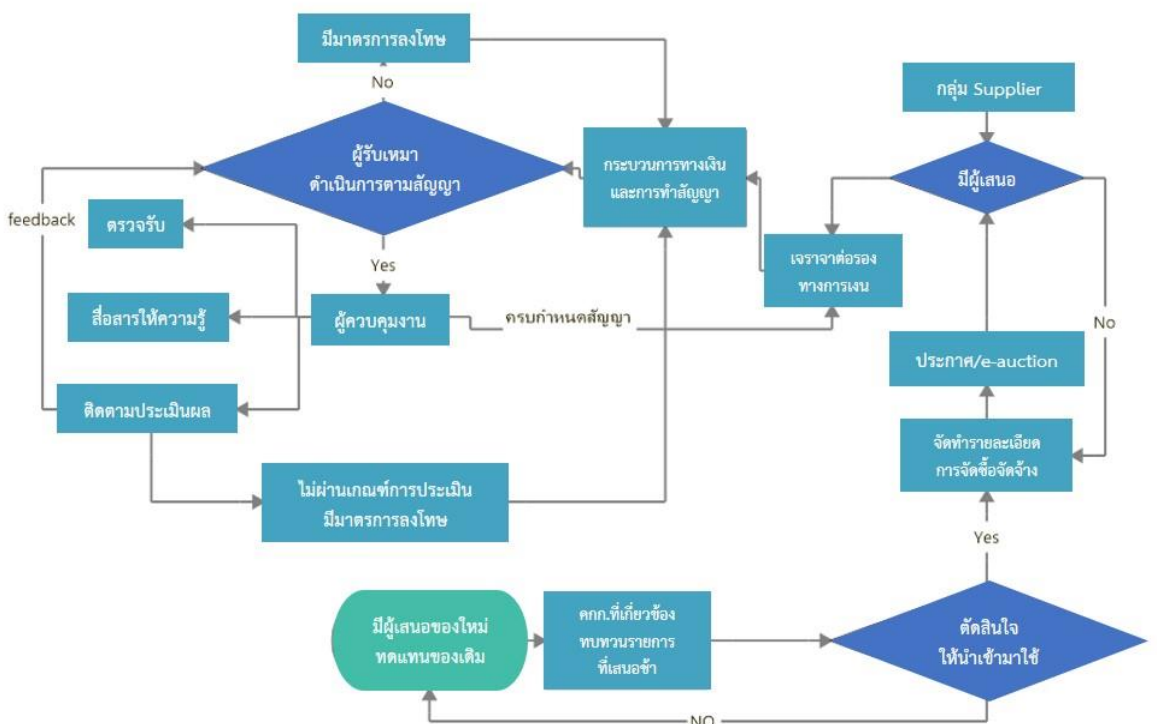
รูป 6.1-5 การออกแบบและปรับปรุงกระบวนการ



ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน (Supply-Chain Management)

ศปช มีแนวทางการจัดการห่วงโซ่อุปทานเป็น 6 ขั้นตอน ดังรูป 6.1-6

รูป 6.1-6 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน



โดยเริ่มจาก 1) มีผู้เสนอของใหม่หรือทดแทนของเดิม 2) คกก. ที่เกี่ยวข้องทบทวนรายการเสนอเข้า หากตัดสินใจนำมาใช้ 3) จัดทำรายละเอียดการจัดซื้อจัดจ้าง ประกาศ e-Auction หากมีผู้เสนอจัดให้มีการเจรจาต่อรองทางการเงินและจัดทำสัญญา เมื่อผู้รับเหมาดำเนินการตามสัญญา 4) ผู้ควบคุมงานมีหน้าที่ตรวจรับสื่อสารให้ความรู้แก่บุคลากรและ 5) ติดตามประเมินผล ให้การ feedback ผลการประเมินแก่ผู้รับเหมาและศูนย์คุณภาพ หากผลการประเมินไม่ดี 6) จัดให้มีการตักเตือนหรือลงโทษแก่ผู้รับเหมารวมทั้งจัดทำ Black lists เพื่องดการทำสัญญากับ suppliers ดังกล่าว ทั้งนี้กลุ่ม Suppliers/Outsources ของ สปช ได้แก่ ยา, เครื่องมือแพทย์, วัสดุทางการแพทย์, LAB, รปภ, พนักงานทำความสะอาด และ ร้านอาหาร

ง. การจัดการนวัตกรรม (INNOVATION Management)

สปช มีการติดตามโอกาสสำหรับนวัตกรรม โดยจากการประเมินความเสี่ยง พบว่าองค์กรมีความท้าทายในด้านการเงิน ซึ่งจะต้องดำเนินการทั้งการเพิ่มรายรับและลดรายจ่ายไปพร้อม ๆ กัน สปช ได้สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานปรับปรุงระบบงาน โดยใช้กระบวนการ Lean และส่งเสริมให้คิดค้นนวัตกรรมเพื่อดูแลความปลอดภัยและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยจัดให้มีการนำเสนอผลงานในงานมหกรรมคุณภาพทุกปี ผลงานของหน่วยงานที่ดีจะมีการขยายผลให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้ต่อไป เช่น กระดาษ Complete เพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เปรียบเทียบผลการผลิตและการใช้ไขขาวในผู้ป่วยเฉพาะโรคระหว่างไข้ไท้ดำทั้งพ้องกับผลิตภัณฑ์ไขขาวแปรรูปด้านเวลา ต้นทุน ขั้นตอนในการผลิตคุณค่าสารอาหารและความพึงพอใจ การลดระยะเวลารอคอยรับยา การเพิ่มจุดบริการด้านการเงิน เป็นต้น

6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operational Effectiveness)

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (PROCESS Efficiency and EFFECTIVENESS)

สปช มีการควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ โดยการนำแนวทางไปปฏิบัติผ่านกระบวนการ PDCA KM และ Lean โดย 1) กำหนดให้ทุกหน่วยงานประเมินตนเอง ทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการสุขภาพและการบริการด้านการศึกษา ทั้งรอบเวลา ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าต้นทุน 2) กำหนดแผนกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการโดยใช้แนวคิด Lean และ Unit cost โดยมีคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการบริหารวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และคณะกรรมการห้องปฏิบัติการ เป็นแกนนำในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าต้นทุน 3) ทิมนำและหน่วยงานต่าง ๆ นำแนวคิด KM, Lean ไปปฏิบัติ 4) ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการและปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้นผ่านกระบวนการ PDCA

ในแนวทางของการออกแบบระบบงาน มีการวัดรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลตลอดกระบวนการทำงาน การลดความคลาดเคลื่อนทางยา ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ กระบวนการที่มีการวัดรอบเวลาจะดำเนินการด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ เช่น การเข้าถึงยาในผู้ป่วย Sepsis การตรวจพิเศษทางรังสีในผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุจฉิน ส่วนงานสนับสนุนจะเน้นการป้องกันกระบวนการทำงานซ้ำและลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่าย

ที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนเหล่านั้น ผ่านเครื่องมือ Lean ทำให้องค์กรได้สถานที่ทำงานที่ได้มาตรฐาน มีกระบวนการเรียนรู้ผ่านเครื่องมือ KM ที่สหสาขาทบทวนแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานออกมาเป็น CPG CNPG คู่มือต่าง ๆ การบริหารจัดการด้วยสายตา การแก้ปัญหา การนำแนวทางการตรวจสอบ แนะนำ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดค่าใช้จ่าย การสูญเสีย และเพิ่มกิจกรรมที่เพิ่มคุณค่าแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น มีการนำการส่งเสริม การใช้ยาสมเหตุสมผล (RDU: Rational Drug Use) มาใช้ ทำให้พบปัญหาการใช้ยาฆ่าเชื้อที่ไม่เหมาะสม จึงใช้ การประเมินการใช้ยา (DUE: Drug Use Evaluation) ช่วยให้งานเภสัชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะ และผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) จัดทำ Basic Set เพื่อควบคุมต้นทุนของกระบวนการทำงาน วิเคราะห์ต้นทุนน้ำยาทางห้องปฏิบัติการ

ข การจัดการระบบสารสนเทศ (Management of Information Systems)

(1) ความน่าเชื่อถือได้ (Reliability)

ศปช มีกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลและการทวนสอบข้อมูลตาม 4.2ก.(1), (2) ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ 6.2ข (2) ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ (Security and Cybersecurity) ทาง ศปช ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของข้อมูลรวมถึงการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ จึงมีการกำหนดมาตรการและกำหนดนโยบายในเรื่องดังกล่าวดังนี้

1. การรักษาความปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศของ ศปช มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงระบบสารสนเทศตามตำแหน่งหน้าที่ที่กำหนด โดยใช้ username และ password ทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่าใครเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลดังกล่าวในกรณีที่พบว่ามีการใช้ระบบโดยที่ไม่ได้รับอนุญาต จะมีการตรวจสอบเพื่อดูว่ามีความเสียหายหรือข้อผิดพลาดเกิดขึ้นหรือไม่ และหาผู้กระทำ มีการกำหนดสิทธิในการคีย์และเข้าถึงข้อมูลในข้อมูลที่มีความสำคัญ เช่น ข้อมูลการเงิน ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดการแก้ไขข้อมูลจากบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องได้

2. การรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ มีการติดตั้ง Antivirus ในคอมพิวเตอร์ทุกเครื่องใน ศปช รวมถึงการจำกัดสิทธิการใช้ internet ในเครื่องที่มีระบบปฏิบัติการ HosXp เพื่อป้องกันไวรัสเข้าสู่ฐานข้อมูลของ ศปช ส่วนการป้องกันการแทรกแซงจากภายนอกผ่านระบบ internet มีระบบ Firewall ในการดักจับไวรัส และมอไนเตอร์การใช้งาน internet เมื่อพบการใช้งานที่ไม่เหมาะสมจะมีการแจ้งแก่หัวหน้างานเพื่อตัดเตือนผู้ใช้ที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ทาง ศปช ยังมีการประกาศนโยบายแนวทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงความสำคัญและระมัดระวังในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกิจกรรมต่างๆ

3. การสำรองข้อมูล ระบบปฏิบัติการ HosXp ที่ใช้ปัจจุบันมีการสำรองข้อมูล (backup) แบบ realtime ในคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำรอง (server) และเจ้าหน้าที่สารสนเทศจะทำการตรวจสอบทุกวันทำการว่าข้อมูลได้ถูกสำรองจริง และยังมีสำรองข้อมูลลงในอุปกรณ์เก็บข้อมูลภายนอก (external hard drive) ทุกเดือน ในกรณีที่ข้อมูลในคอมพิวเตอร์แม่ข่ายทั้ง 2 ตัว มีปัญหา จะสามารถนำข้อมูลย้อนหลังมาใช้ได้

4. แผนปฏิบัติการฉุกเฉินในกรณีต่างๆ เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางระบบคอมพิวเตอร์ เช่นการปฏิบัติเมื่อเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายเสีย การปฏิบัติเมื่อระบบเครือข่ายเสีย หรือการปฏิบัติเมื่อไฟฟ้าดับ ซึ่งทางงาน

เทคโนโลยีสารสนเทศมีแผนการในการซ้อมแผนปฏิบัติต่างๆ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เมื่อเป็นการเตรียมพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ โดยมีกำหนดการซ้อมแผนในเดือนมิถุนายนและเดือนกุมภาพันธ์ ของทุกปี

ค. การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและต่อภาวะฉุกเฉิน (Safety and Emergency Preparedness)

(1) ความปลอดภัย (Safety)

ศปช มีวิธีการในการทำให้เกิดสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคณะทำงานกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยวิเคราะห์สถานการณ์ฉุกเฉินจากภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นในอดีตและคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่ผ่านมา ศปช เคยประสบเหตุการณ์น้ำท่วม ปี 2554 โดยน้ำท่วมพื้นที่โดยรอบ ศปช แต่ไม่ท่วม ศปช และกรมชลประทาน ทำให้ต้องวางแผนการเปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งจัดหาที่พักให้เจ้าหน้าที่ที่บ้าน น้ำท่วมให้สามารถปฏิบัติงานได้ จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ (แผนป้องกัน) เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีการฝึกอบรมและฝึกซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยพิบัติภาวะฉุกเฉิน (แผนเผชิญเหตุ) ศปช ดำเนินการให้มีการจัดอบรมเตรียมพร้อมเผชิญภัยพิบัติทุกปี ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกมาบรรยาย และวิเคราะห์ความเสี่ยงของ ศปช และให้บุคลากรร่วมกันแก้ไขปรับปรุงแผนปฏิบัติการของ ศปช ให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และจัดให้มีการซ้อมแผนปฏิบัติการทุกปีโดยจัดร่วมกับหน่วยงานภายนอก คือ สสจ.นนทบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ระดับจังหวัดและแผนระงับอัคคีภัยทุกปีร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกเวลาราชการ แสดงให้เห็นถึงการป้องกัน การจัดการความต่อเนื่องของการดำเนินการทั้งนี้ พบว่า แผนอพยพมีความชัดเจนในแผนระงับอัคคีภัยส่วนแผนฟื้นฟูสุขภาพเดิมและแผนการพึ่งพา ยังไม่มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร

คณะทำงานกู้ฟื้นคืนชีพ เตรียมความพร้อมแก่บุคลากรใน ศปช ทุกหน่วยงานให้สามารถทำการกู้ฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง โดยการจัดอบรมทุกปีมีการจัดอบรม CPR มาตรฐานในหน่วยงานที่คาดว่า หรือเคยเกิดปัญหาในการ CPR อีกทั้งจัดอบรมแก่หน่วยงานภายนอก ศปช เช่น วัดชลประทานรังสฤษดิ์ โรงเรียนชลประทานวิทยา เตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ ได้แก่ AED รถพยาบาล และจัดซ้อมปฏิบัติการร่วมกับเทศบาลนนทบุรีทุกปี

คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการวางแผนเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับจังหวัดนนทบุรี ประสานงานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

(2) ความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity)

ศปช มีความมั่นใจในการเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยจัดให้มีคณะกรรมการ 3 คณะซึ่งทำงานประสานกัน ได้แก่ 1) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมฯ วิเคราะห์สถานการณ์ฉุกเฉินจากภัยธรรมชาติ ที่เกิดในอดีต และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตปีละครั้ง จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ (แผนป้องกัน) เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีการฝึกอบรมและฝึกซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน (แผนเผชิญเหตุ) และแผนระงับอัคคีภัยทุกปีร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกเวลาราชการ แสดงให้เห็นถึงการป้องกัน การจัดการความต่อเนื่องของการดำเนินการ ทั้งนี้ พบว่า แผนอพยพมีความชัดเจนในแผนระงับอัคคีภัย ส่วนแผนฟื้นฟูสุขภาพเดิมและแผนการพึ่งพายังไม่มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร 2) คณะทำงานกู้ฟื้นคืนชีพ เตรียมความพร้อมแก่บุคลากรใน ศปช ทุกหน่วยงาน ให้สามารถทำการกู้ฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องโดยการจัดอบรมทุกปี มีการจัดอบรม

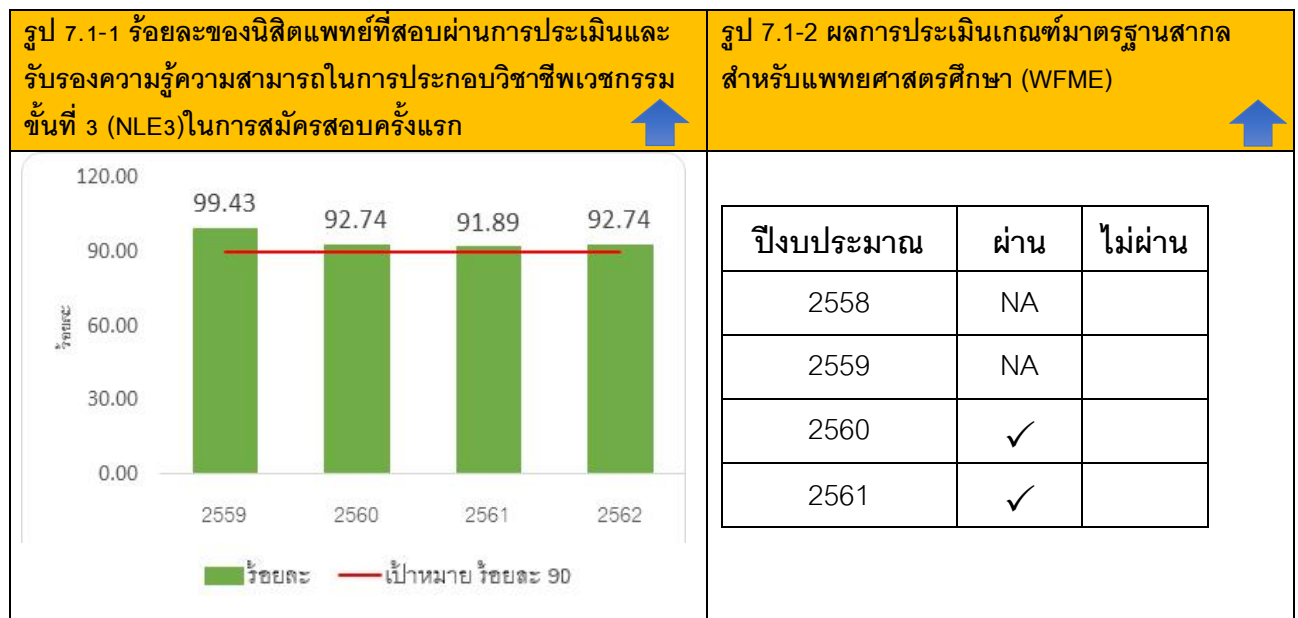
CPR สำคัญในหน่วยงานที่คาดว่าจะหรือเคยเกิดปัญหาในการ CPR อีกทั้งจัดอบรมแก่หน่วยงานภายนอก ศปช เช่น วัดชลประทานรังสฤษดิ์ โรงเรียนชลประทาน เตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ ได้แก่ AED รถพยาบาล และจัดซ้อม อบรมวิทยุร่วมกับเทศบาลนนทบุรีทุกปี 3) คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการวางแผน เตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับจังหวัดนนทบุรี ประสานงานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดกับ โรงพยาบาลในเครือข่าย

หมวด 7 ผลลัพธ์

7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

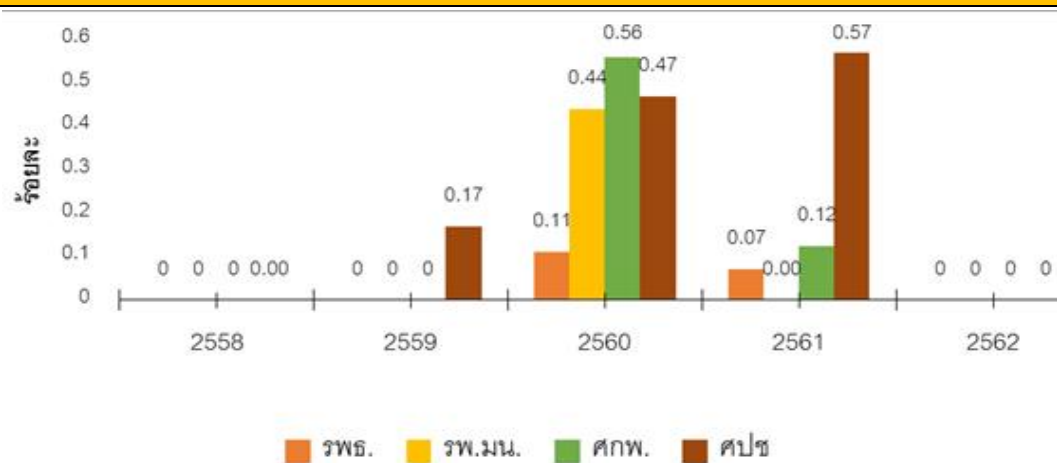
7.1 ก. ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการที่มุ่งเน้นลูกค้า

ศปช มีการออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการโดยจัดทำข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และกระบวนการทำงานที่สำคัญตามพันธกิจ ดังรูป 6.1-1 โดยให้มีความสอดคล้องของการเรียนการสอน การรักษาพยาบาล และการวิจัยมีผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมสมรรถนะหลักขององค์กรและตอบสนองความต้องการของลูกค้าทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจและผูกพันดังปรากฏ ดังรูป 7.2-1, 7.2-2, 7.2-3, 7.2-4, 7.2-5, 7.2-6, 7.2-7, 7.2-8 และ 7.2-9 เพื่อให้พันธกิจบรรลุผลทาง ศปช มีการวางรากฐานในด้านการเรียนการสอนโดยมุ่งที่ความรู้ความสามารถของอาจารย์ผู้สอนดังผลลัพธ์ ดังรูป 7.1-16 ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวถือเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าต่อลูกค้าทำให้นิสิตแพทย์สามารถสอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังรูปที่ 7.1-1 และ 7.2-1 โดยผลรวมความสำเร็จด้านการเรียนการสอนคือผ่านการประเมิน WFME ดังรูป 7.1-2

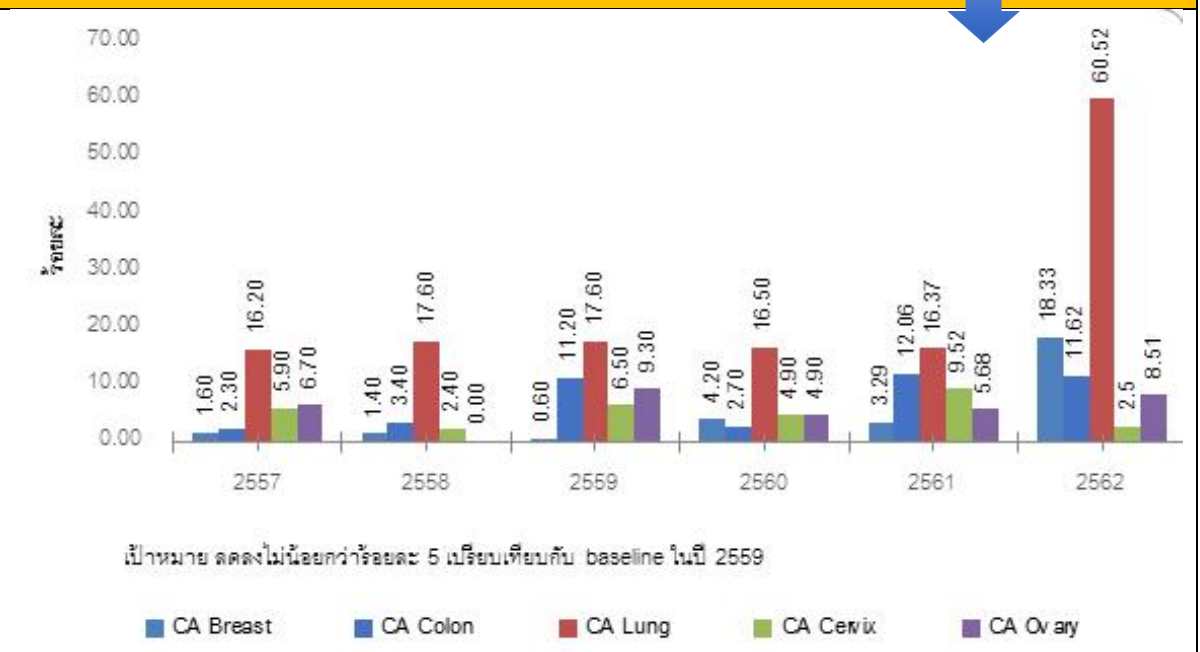


ในด้านบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลโดยส่งเสริมสมรรถนะหลักให้มี 4 Excellent Center และ Expertise Center ปรากฏผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังรูป 7.1-4, 7.1-5, 7.1-6, 7.1-7, 7.1-8, 7.1-9, 7.1-10, 7.1-11, 7.1-12 และ 7.1-13 โดยพบว่าผลลัพธ์ของผลิตภัณฑ์และบริการคู่อัตราการเสียชีวิตและอัตราความสำเร็จในการรักษาดังปรากฏในรูปที่กล่าวถึง

รูป 7.1-4 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ

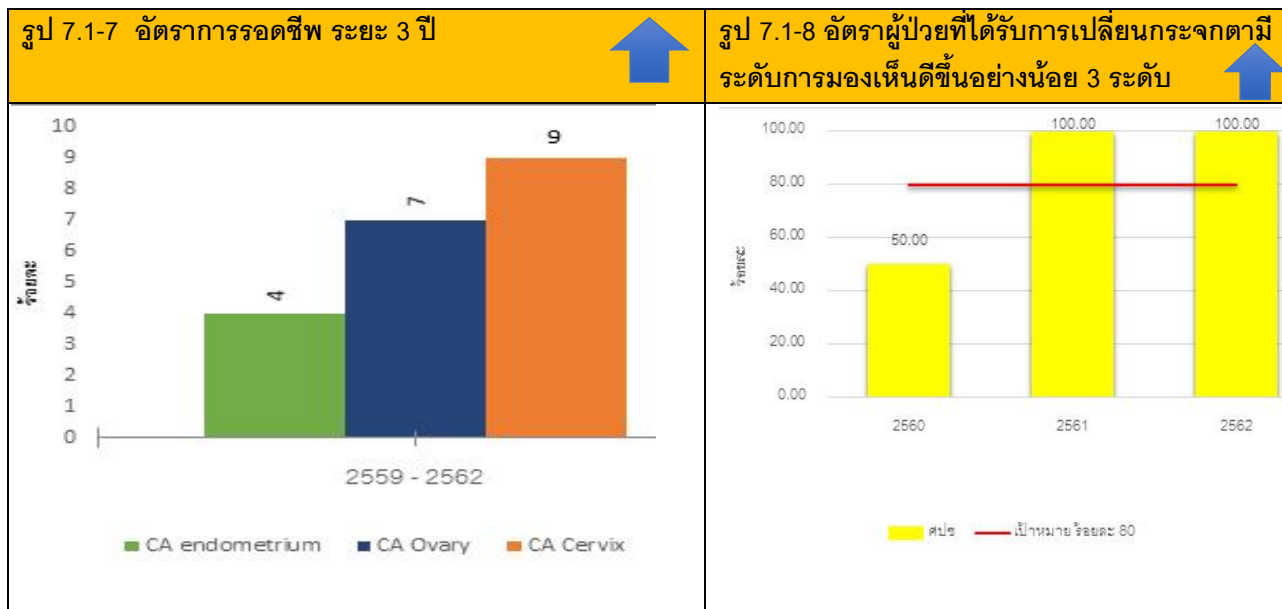


รูป 7.1-6 อัตราตายรายปีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 ลำดับแรก

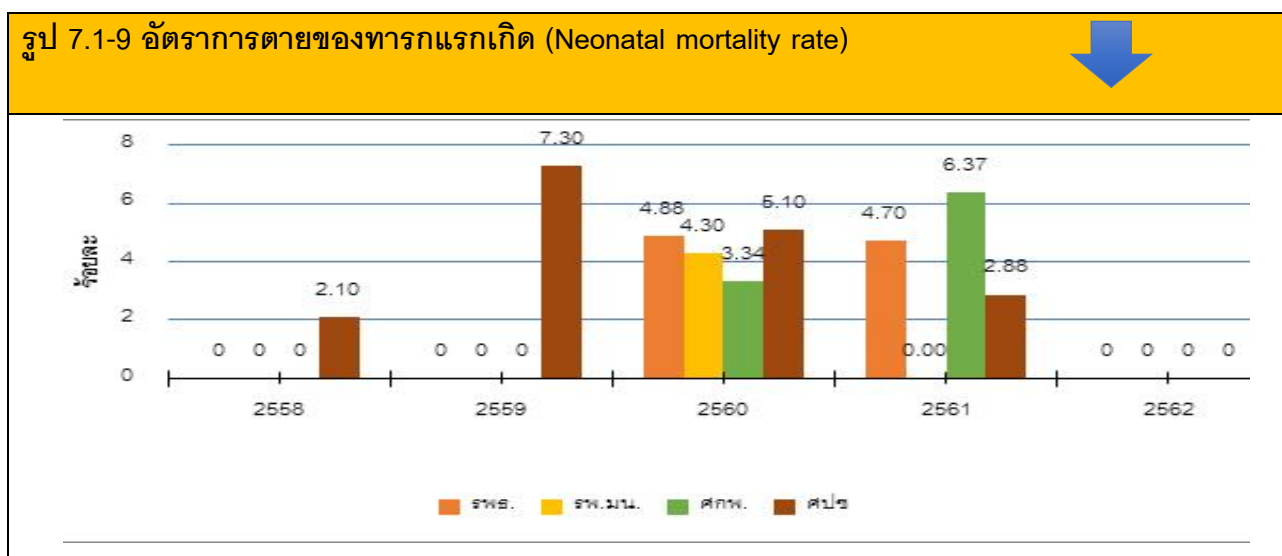


พบว่าอัตราตายจากโรคมะเร็ง 5 ลำดับแรก โรคมะเร็งเต้านมมาเป็นอันดับ 1 จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปีงบประมาณ 2557- 2562 พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ทั้งหมด 60 ราย พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.33 และในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ทั้งหมด 161 ราย พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.6 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาเป็นอันดับ 2 พบว่า ในปีงบประมาณ 2561 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 116 ราย พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.06 และในปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 88 ราย พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.3 โรคมะเร็งปอดมาเป็นอันดับ 3 พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งหมด 38 ราย พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.52 และในปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งหมด 37 ราย พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.20 โรคมะเร็งปากมดลูกมาเป็นอันดับ 4 พบว่า ในปีงบประมาณ 2561 มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด 84 ราย พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.52 และในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

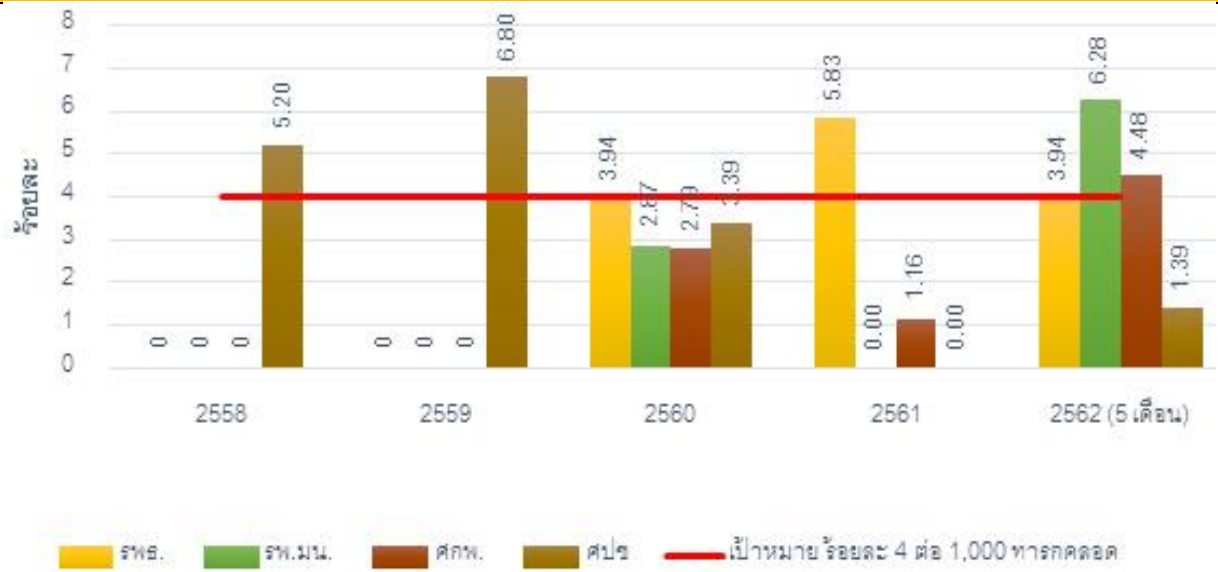
ทั้งหมด 42 ราย พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.4 โรคมะเร็งรังไข่มาเป็นอันดับ 5 พบว่าในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ ทั้งหมด 43 คน พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.3 และในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด 21 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0 ซึ่งปี 2562 (6 เดือน) พบโรคมะเร็งปอด มีแนวโน้มอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว



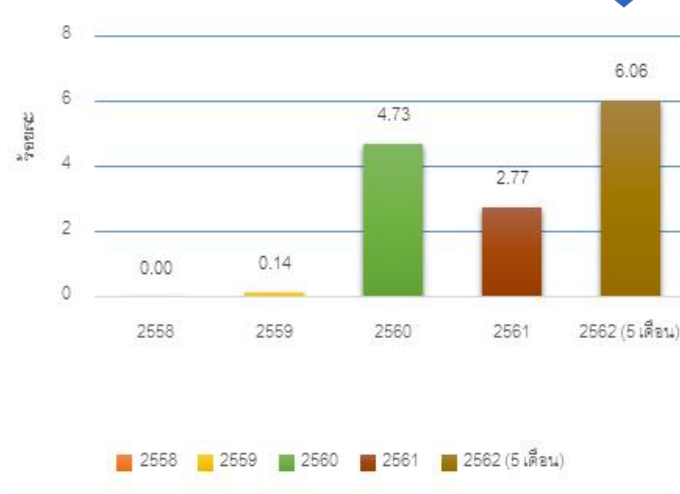
จากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดพบว่าอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก ในระยะ 3 ปี ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 (6 เดือน) ได้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ในปีทั้งหมด 10 ราย มีรอดชีพ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งทำให้สัดส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่รอดชีพ คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่ ในปีทั้งหมด 15 ราย มีรอดชีพ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.66 ซึ่งทำให้สัดส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ ไม่รอดชีพ คิดเป็นร้อยละ 53.33 และผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกรายใหม่ ในปีทั้งหมด 5 ราย มีรอดชีพ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งทำให้สัดส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ไม่รอดชีพ คิดเป็นร้อยละ 20 เพื่อเป็น Baseline ในการคิดอัตราการรอดชีพ 3 ปี และ 5 ปี



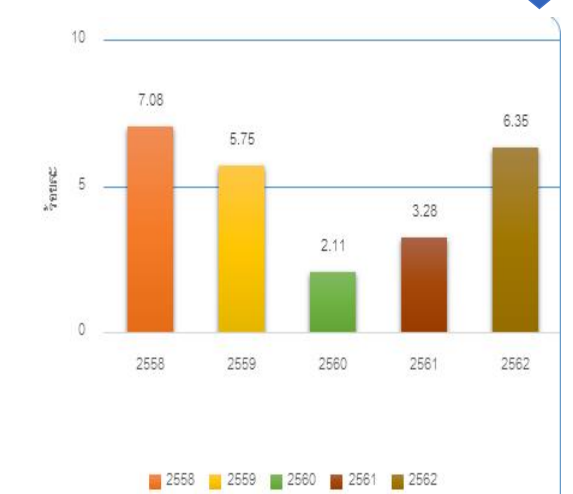
รูป 7.1-10 อัตราตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)



รูป 7.1-11 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด



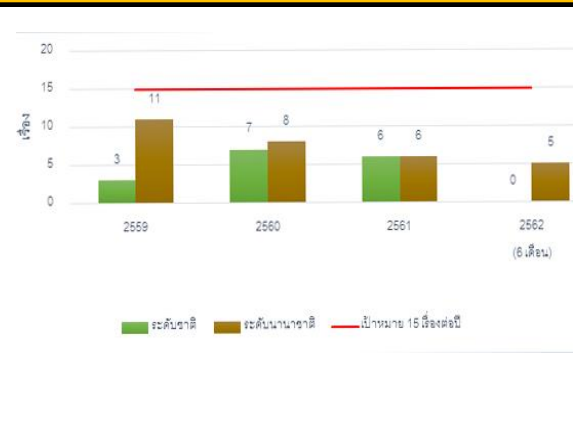
รูป 7.1-12 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI)



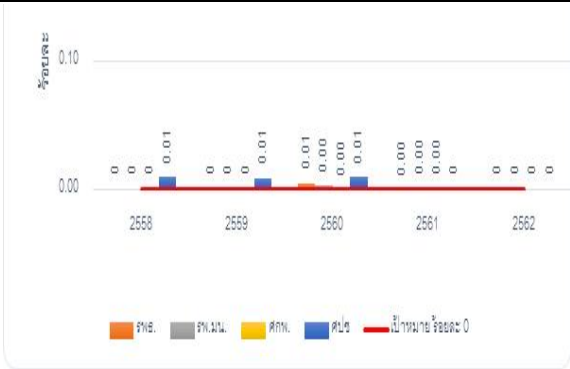
รูป 7.1-13 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke



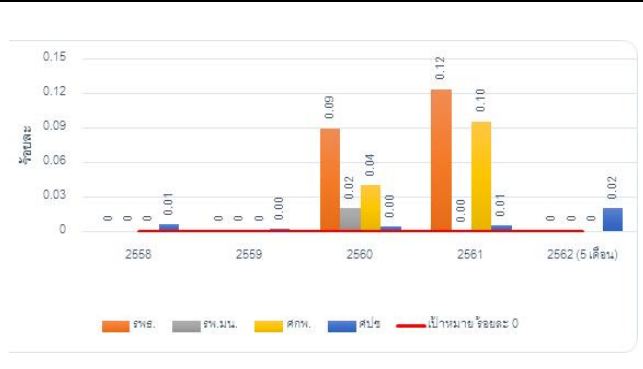
รูป 7.1-14 จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการนำเสนอผลงานและตีพิมพ์ในระดับชาติ/นานาชาติ



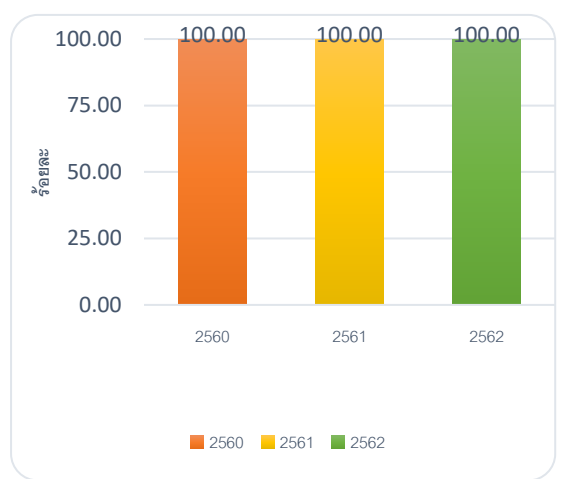
รูป 7.1-19 อัตราการรายงานผล Lab ผิดพลาด



7.1-21 ร้อยละของการถ่าย-ส่งเอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน



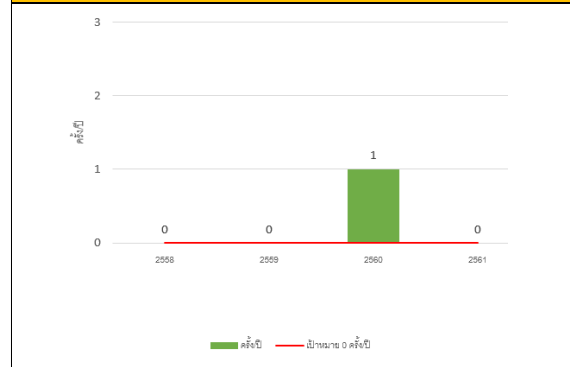
รูป 7.1-22 ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด



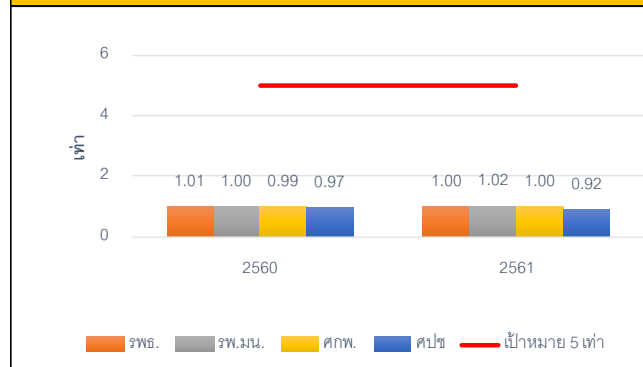
รูป 7.1-31 อัตราการพบทวนความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

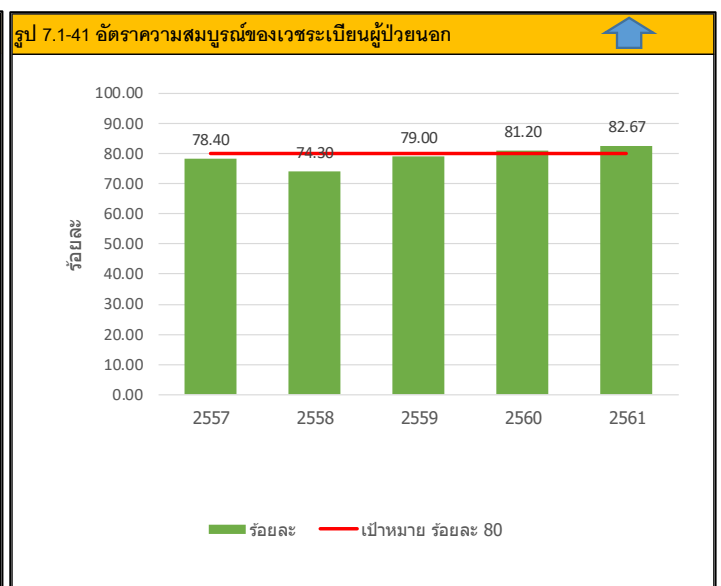
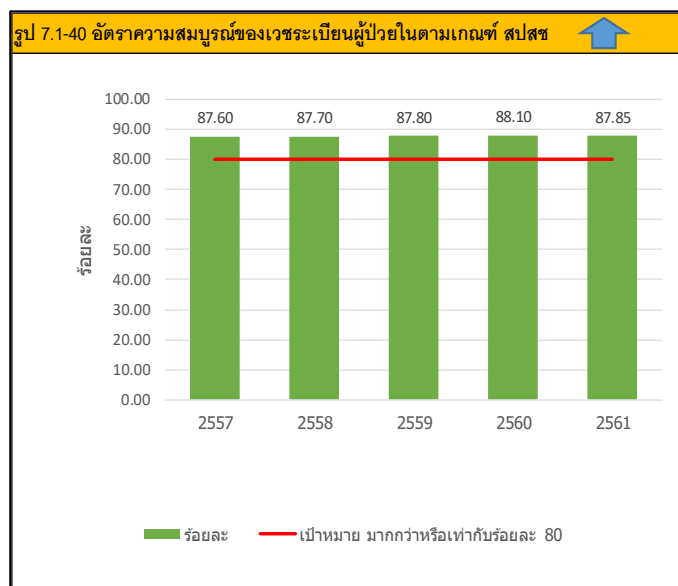
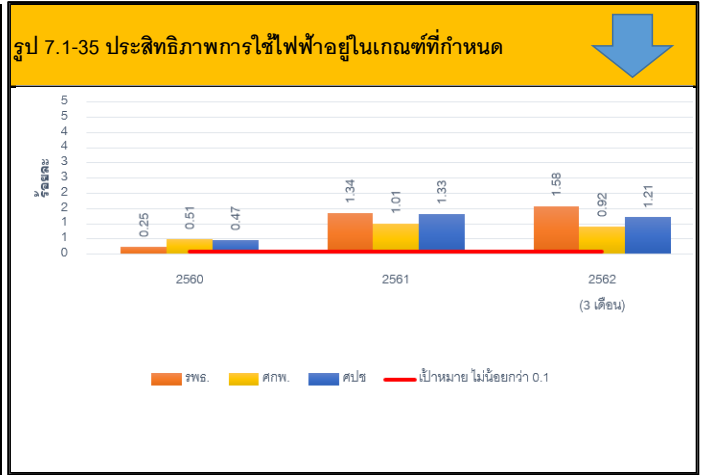


รูป 7.1-32 ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย

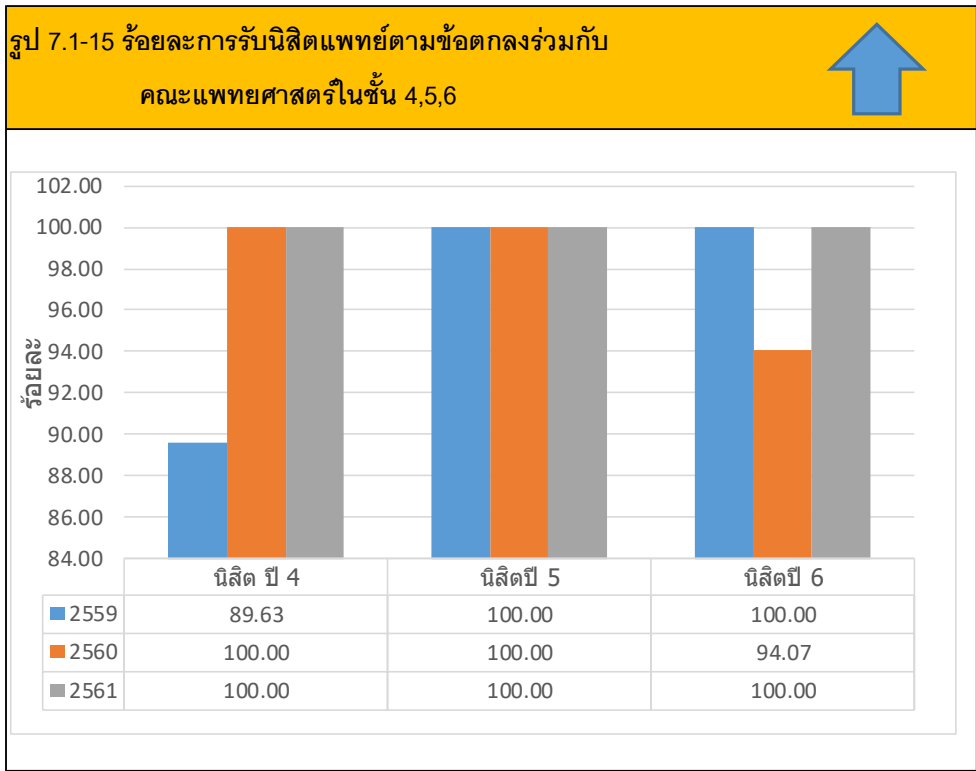


รูป 7.1-33 สัดส่วนของขยะรีไซเคิล



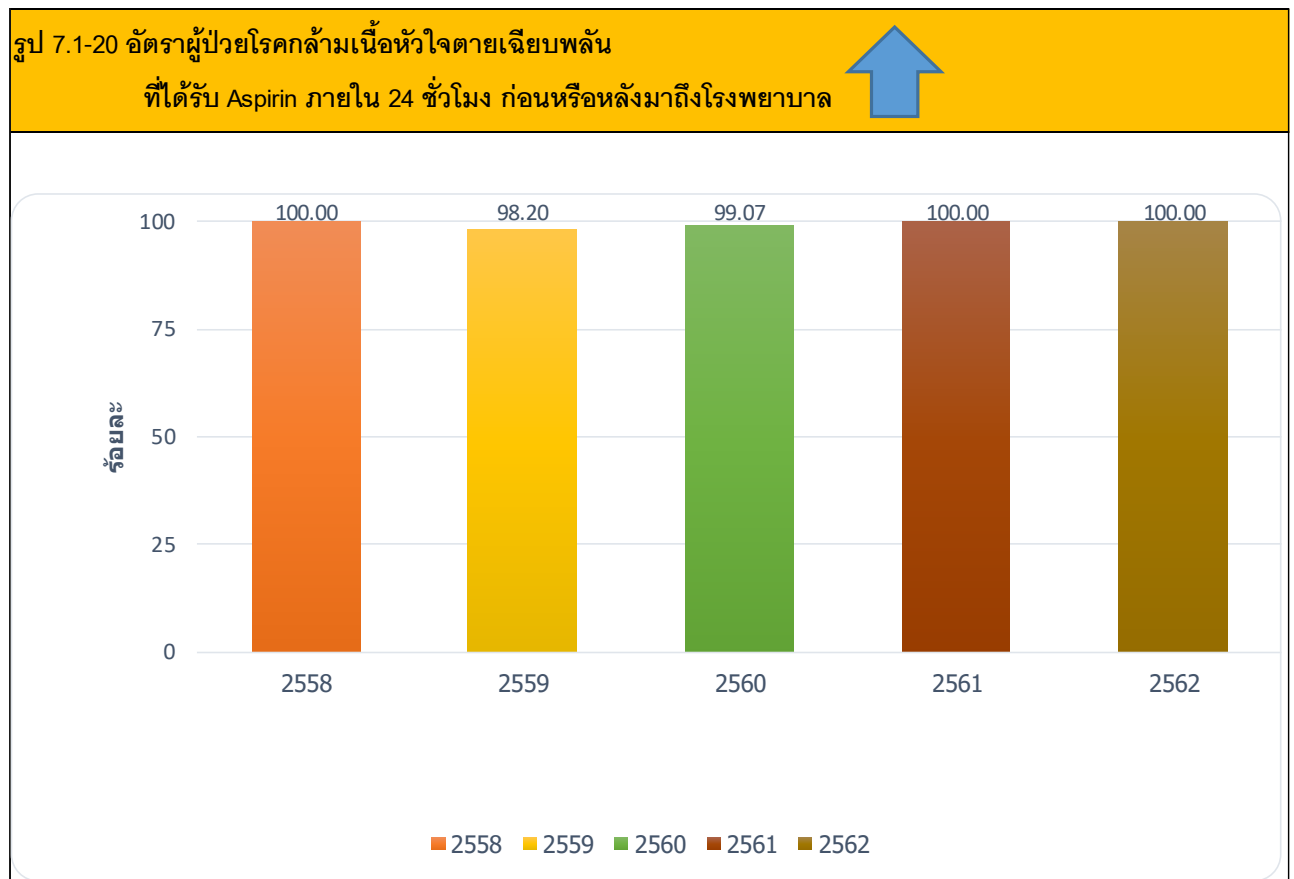
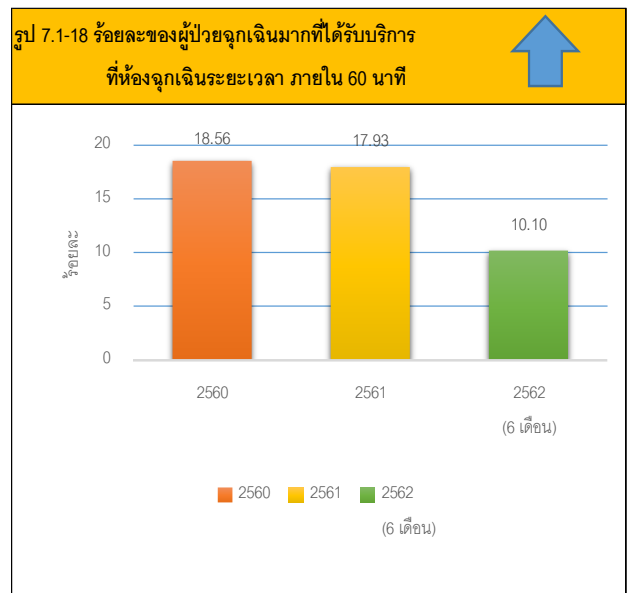
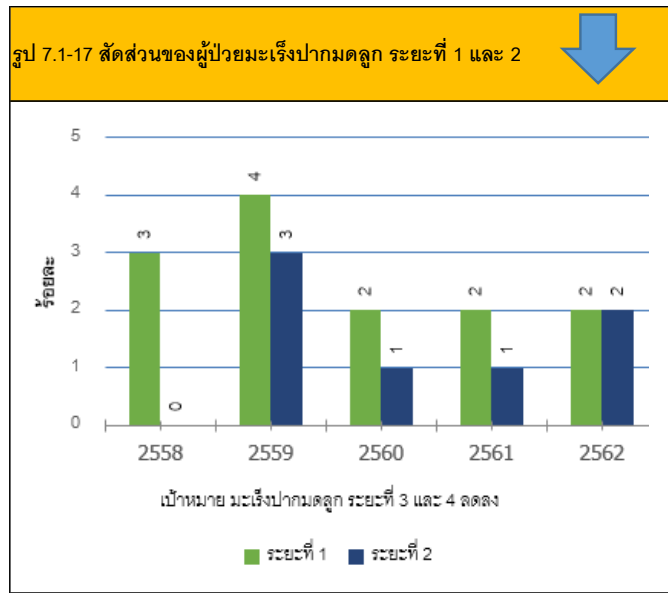


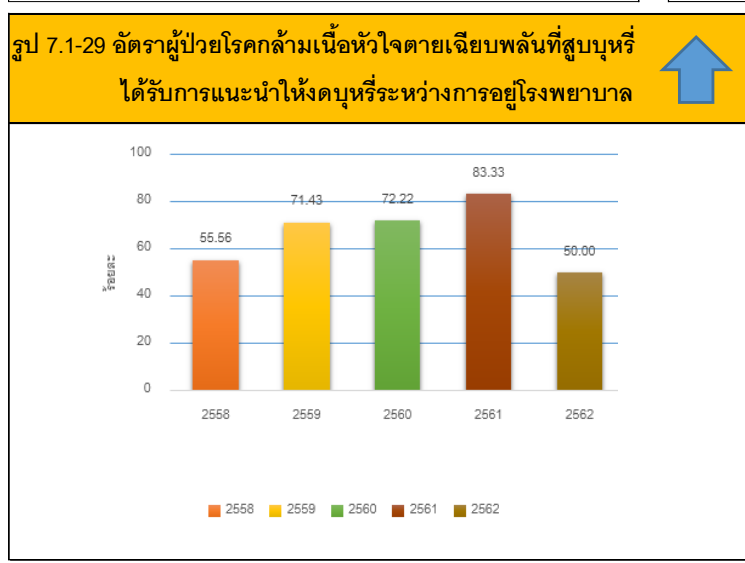
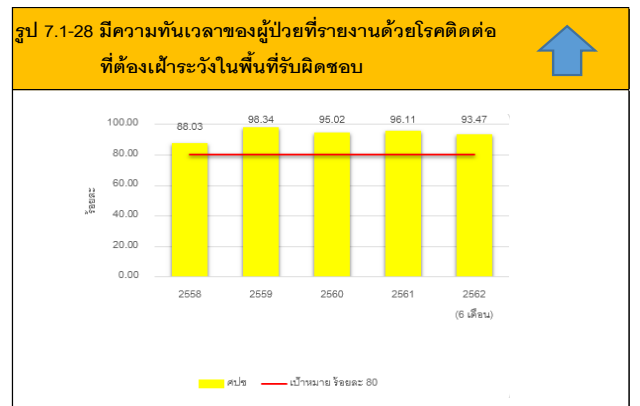
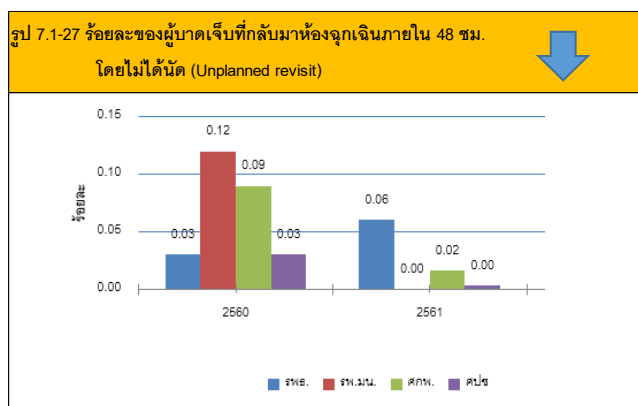
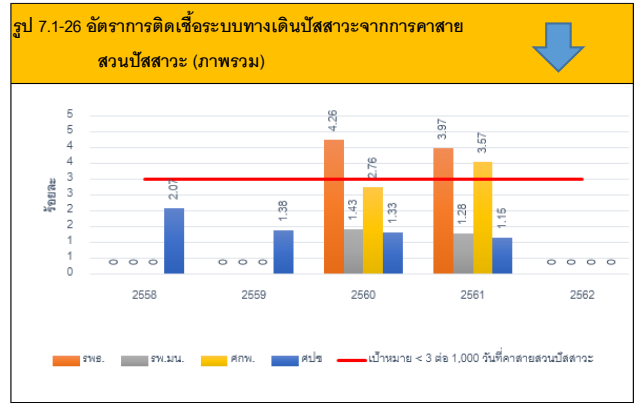
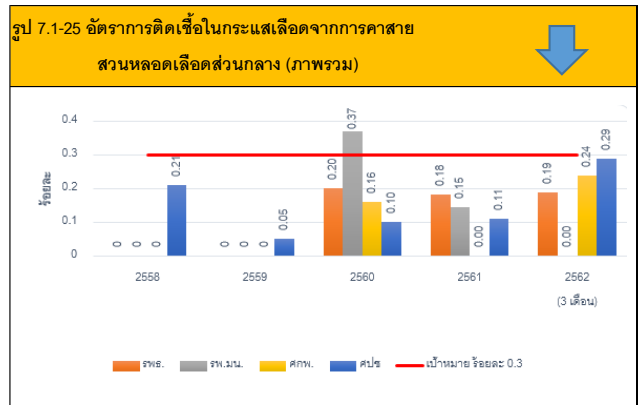
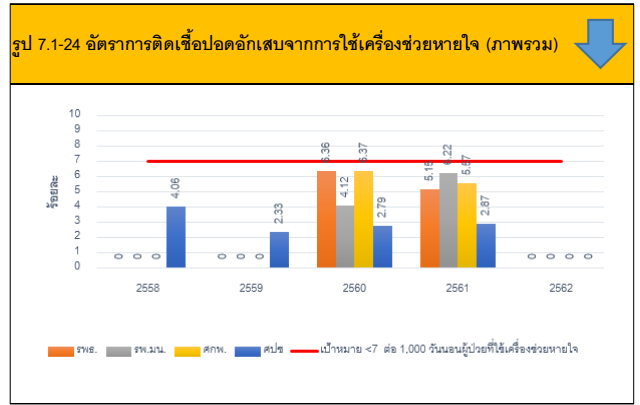
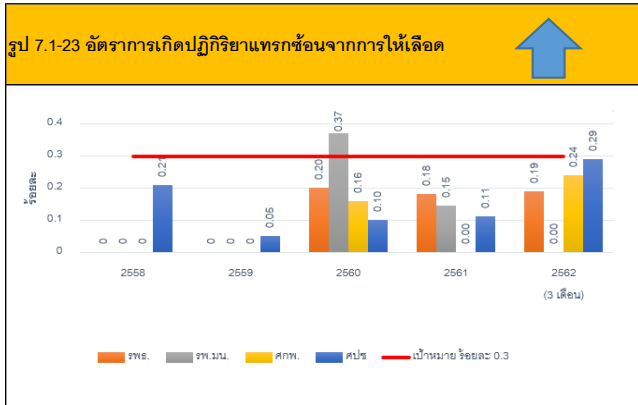
ด้านการเรียนการสอน มีกระบวนการทำงาน ดังรูป 6.1- 2 โดยตัวชี้วัดของกระบวนการสำคัญมีผลลัพธ์ด้านการรับนิสิตแพทย์และพบว่าความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาของอาจารย์แพทย์เป็นปัจจัยสำคัญของกระบวนการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ ดังรูป 7.1-15 และ 7.1-16



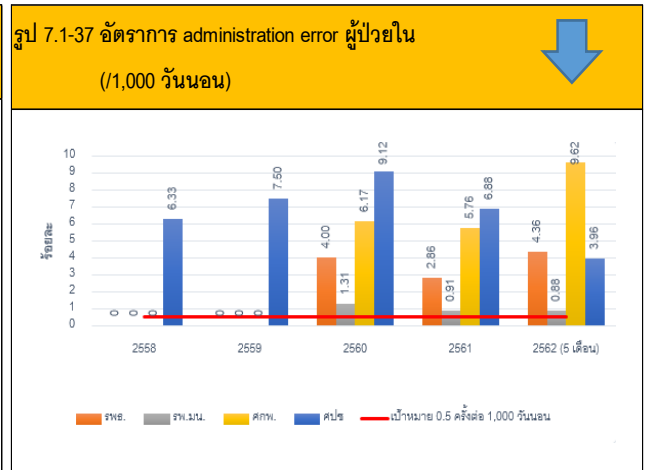
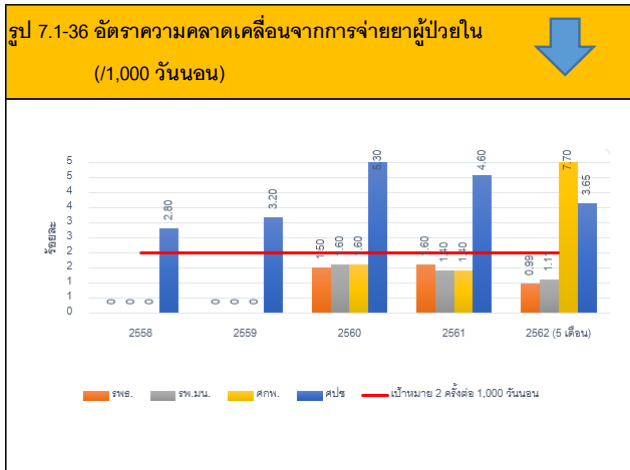
ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพตามกระบวนการในรูป 6.1-3 มีกระบวนการสำคัญในการเข้าถึงการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินดังรูป 7.1-17 และ 7.1-18 การประเมินและการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยในโรคสำคัญเช่น ผู้ป่วย AMI ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ดังรูป 7.1-20 การวางแผนและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสื่อสารดี มีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในตามจุดเน้นของ 2P Safety คือการให้เลือดทดแทนและการติดเชื้อซึ่งบอกประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษา ดังรูป 7.1-23, 7.1-24,

7.1-25, 7.1-26 การดูแลต่อเนื่องและให้ข้อมูลเสริมพลังอย่างมีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เองที่บ้าน ผลลัพธ์ ดังรูป 7.1-27, 7.1-28 และ 7.1-29

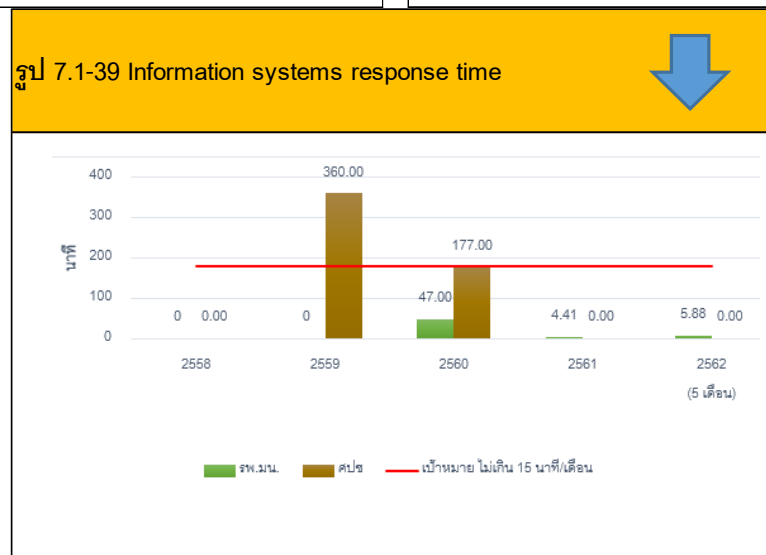
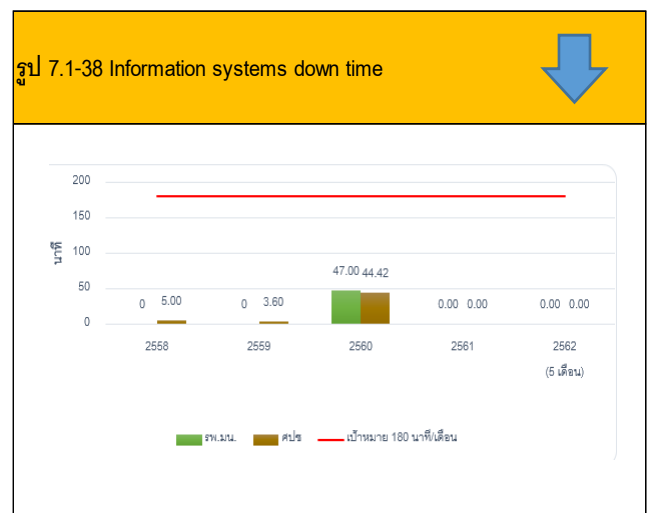
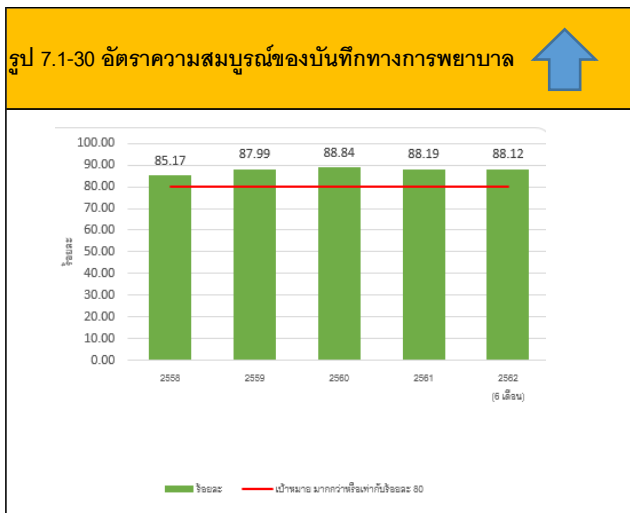




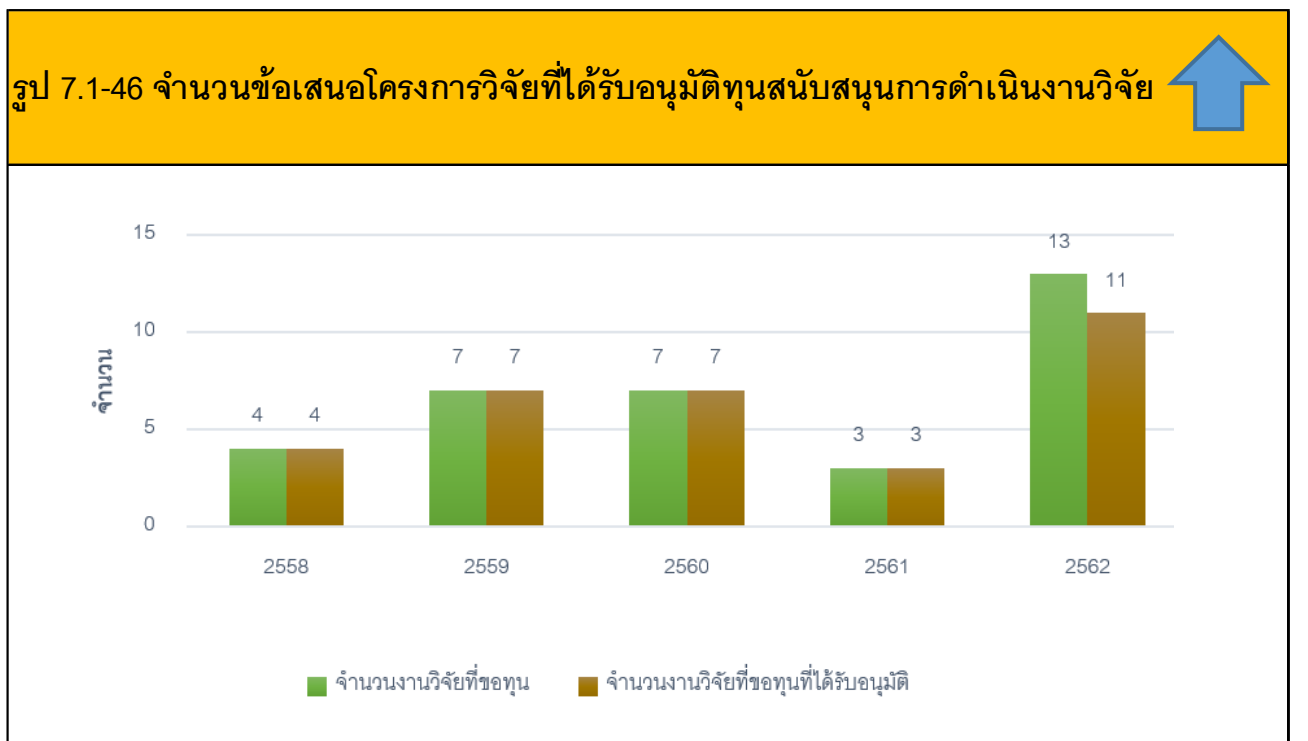
ด้านระบบยาซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาพยาบาลมีการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาปรากฏผลลัพธ์ในรูป 7.1-36 และ 7.1-37



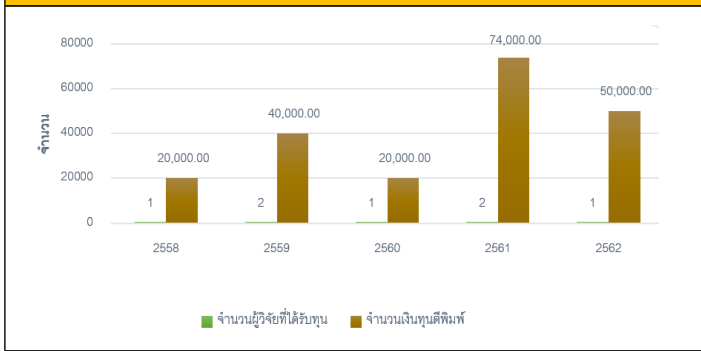
กระบวนการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการใช้ระบบสารสนเทศในการทำงานมีการประเมินกระบวนการ เพื่อความถูกต้องและรวดเร็วอีกทั้งมีประสิทธิภาพมีผลดังรูป 7.1-30, 7.1-38 และ 7.1-39



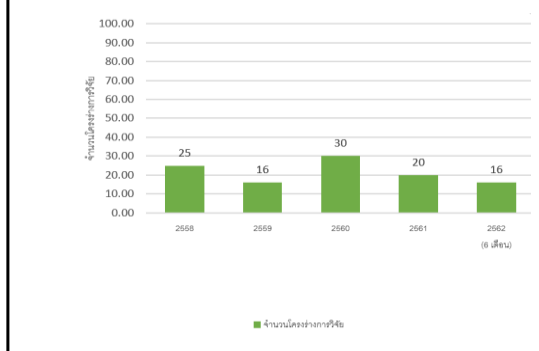
ด้านการวิจัยมีกระบวนการส่งเสริม บริหาร และจริยธรรมในการวิจัย ดังรูป 6.1-4 มีตัวชี้วัดกระบวนการในด้านความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ การตีพิมพ์ การขอทุน และประเมินจริยธรรมการวิจัยดังปรากฏในผลลัพธ์รูป 7.1-42, 7.1-43, 7.1-44, 7.1-45, 7.1-46, 7.1-47, 7.1-48 และ 7.1-49



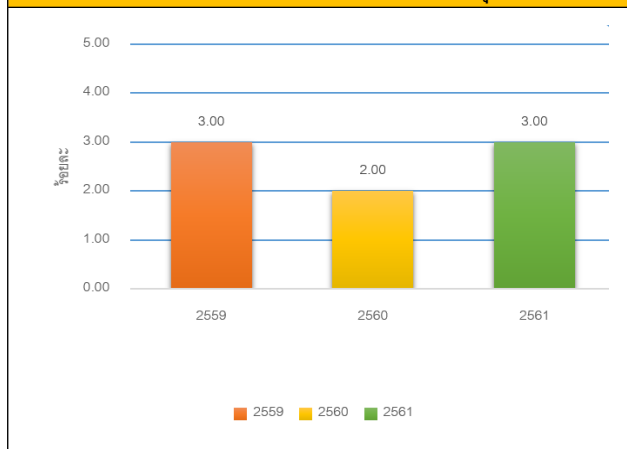
รูป 7.1-47 จำนวนเงินทุนตีพิมพ์การวิจัยที่ใช้ในแต่ละปี



รูป 7.1-48 จำนวนโครงการวิจัยที่ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



รูป 7.1-49 โครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการอบรม/ การตรวจประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



รูป 7.1-50 จำนวนการปรับผู้ส่งมอบสินค้าผู้ค้าที่ผิดสัญญาการส่งมอบ

ปีงบประมาณ	จำนวนราย
2558	0
2559	0
2560	3
2561	0

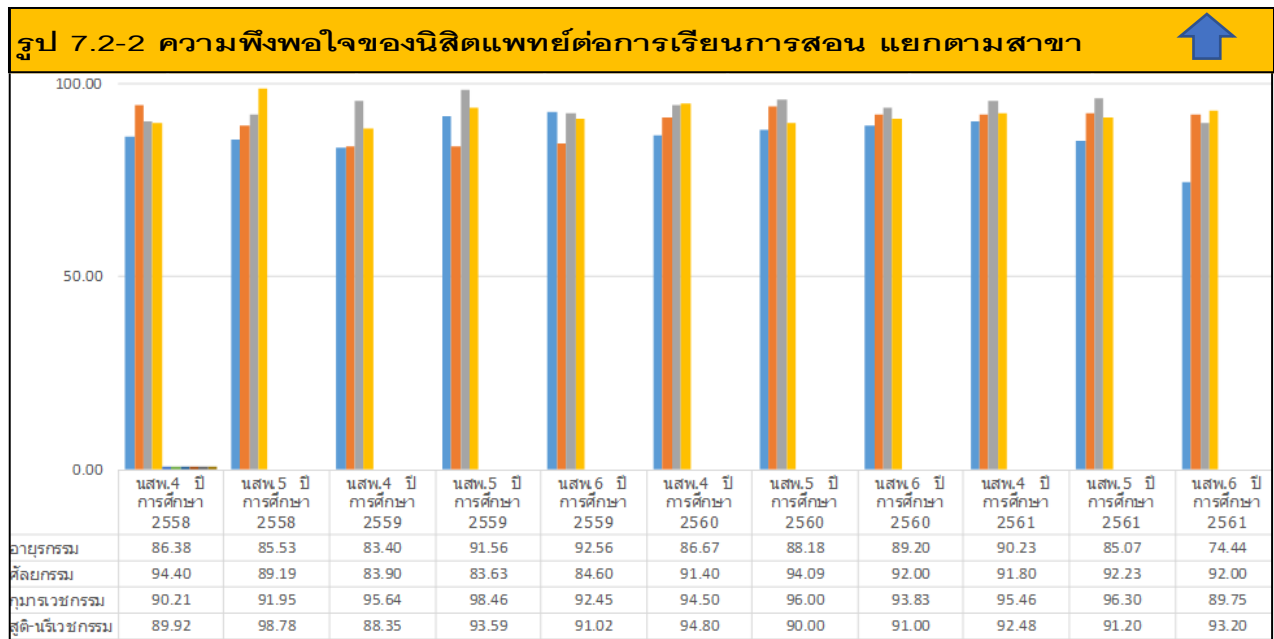
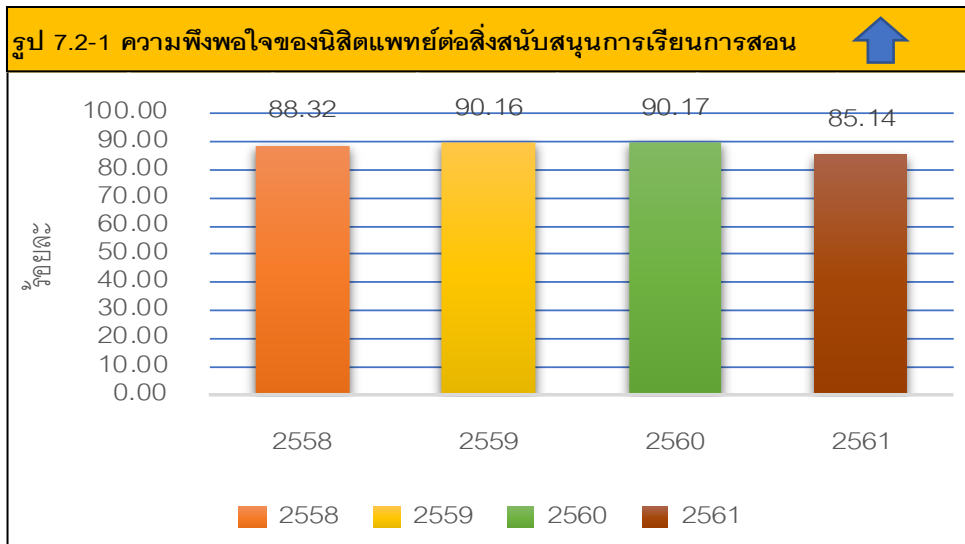
7.1 ค ผลลัพธ์ด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทาน มี คณะกรรมการบริหารจัดการครุภัณฑ์อวัยวะเทียม วัสดุ เวชภัณฑ์การแพทย์ เป็นผู้พิจารณาคุณสมบัติ สินค้า พิจารณาราคา กรณีหน่วยงานมีความ ประสงค์ต้องการใช้วัสดุทางการแพทย์ตัวใหม่ต้อง ส่งให้คณะกรรมการวัสดุทางการแพทย์ ตรวจสอบ เบื้องต้น กรณีที่ 2 หาบริษัทมาทดแทนกรณีที่ผู้ค้า เดิมไม่ส่งสินค้าให้ ทาง ศปช ได้ใช้พระราชบัญญัติ การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และระเบียบที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการกับผู้ค้าที่ ผิดสัญญาการส่งมอบ เช่นการเรียกค่าปรับ การยึด หลักประกันสัญญา บอกละเมิดสัญญา เสนอชื่อเป็นผู้ ใช้งาน ดังรูป 7.1-50

7.2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้า

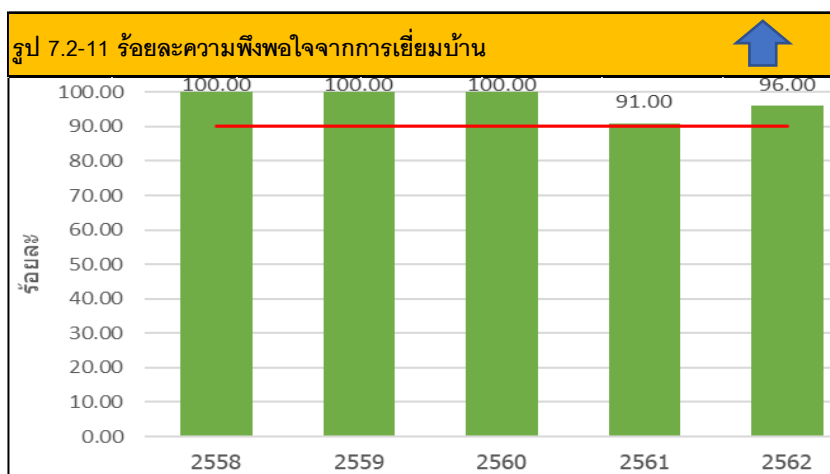
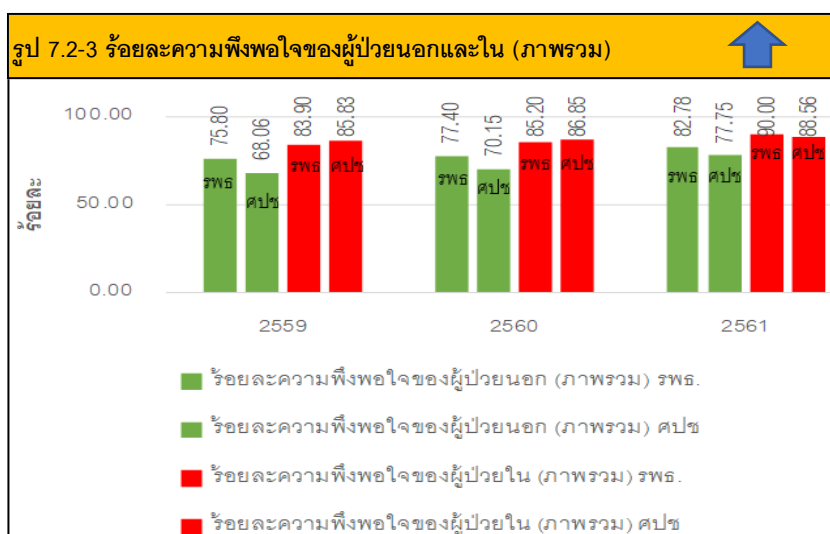
7.2 ก ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า

7.2 ก (1) (2) ความพึงพอใจของลูกค้าและความไม่พึงพอใจของลูกค้า

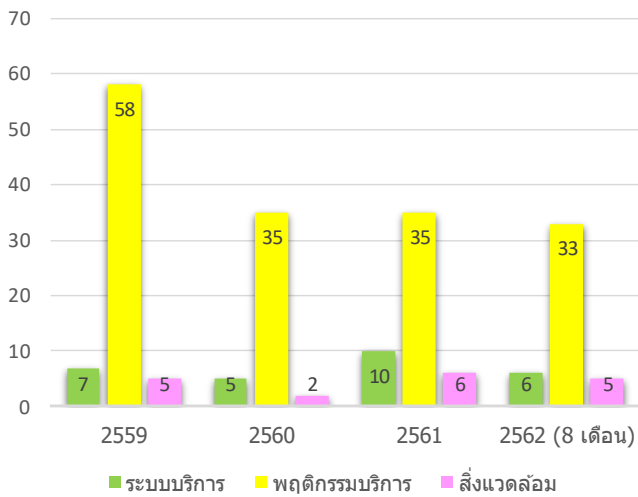
ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของลูกค้า 3 พันธกิจหลัก ได้แก่ การเรียนการสอน ผู้รับผิดชอบ คือ งานแพทยศาสตรศึกษา ได้ทำการประเมินผ่านแบบแสดงความคิดเห็น คู่มือปฏิบัติงาน และการพูดคุย Self Reflexion พบว่า นิสิตมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนต่อการเรียนรู้ ดังรูป 7.2-1 และ 7.2-2



ในด้านการบริการรักษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบ คือ ทีม VOC ได้สำรวจความพึงพอใจอีกตัวหนึ่งที่ได้รับผ่านตู้แสดงความคิดเห็น, QR Code ที่ตั้งอยู่ตามจุดต่าง ๆ ที่ตั้งอยู่ที่ OPD และ IPD, การปฏิบัติหน้างาน เป็นช่องทางที่รับข้อคิดเห็นได้อย่างทันท่วงทีเนื่องจากมีการคัดกรองทุกสัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นคำชมเชยในเรื่องพฤติกรรมบริการระบบบริการ และสิ่งแวดล้อม ความไม่พึงพอใจ ดูได้จากอัตราข้อร้องเรียนด้านการบริการสุขภาพ ซึ่งได้รับจากช่องทางต่าง ๆ ตลอดทั้งปี ได้แก่ กล้องรับความคิดเห็น จดหมาย และโทรศัพท์ มาคัดกรองเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการต่าง ๆ พบว่า อัตราข้อร้องเรียนตั้งแต่ปี 2559 - 2560 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องระบบบริการและพฤติกรรมบริการ ได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงระบบบริการ เช่น พัฒนาระบบนัดหมายให้เป็นเวลา เพิ่มบริการห้องตรวจทั่วไป เพิ่มจำนวนแพทย์ออกตรวจนอกเวลาที่ห้องฉุกเฉิน ในปี 2561ยังพบข้อร้องเรียนในเรื่องระบบบริการและพฤติกรรมบริการ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ให้บริการ ซึ่งยังพบปัญหาระบบบริการในสถานที่ใหม่และเก่า โดยเฉพาะระบบไฟฟ้า ทำให้มีปัญหาเรื่องสารสนเทศ ซึ่งต้องรอการดำเนินงานตั้งระบบจ่ายไฟฟ้าของจังหวัด ซึ่งได้เริ่มดำเนินการในปี 2561 ในปลายปี 2561 - 2562 ได้มีการปรับกระบวนการทำงานที่หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยนอก OPD เพื่อลดระยะเวลารอคอย เพิ่มช่องทางบริการ เช่น ห้องการเงิน ห้องยา ห้องเจาะเลือด มีการเพิ่มบริการคลินิกเฉพาะทางเพื่อลดความแออัด แต่แนวโน้มข้อร้องเรียนยังไม่ลดลงซึ่งมีการวางแผนจะนำระบบคิวนัดเข้ามาใช้ในการให้บริการ ซึ่งผลลัพธ์ของความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม ดังรูป 7.2-3

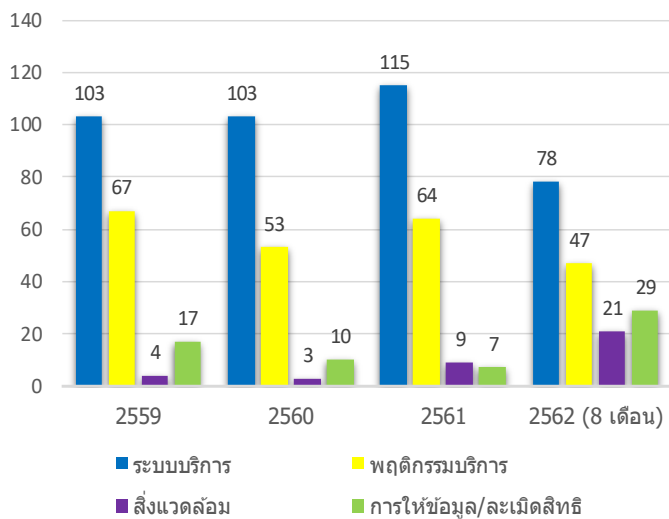


รูป 7.2-4 ข้อชมเชยการบริการสุขภาพ



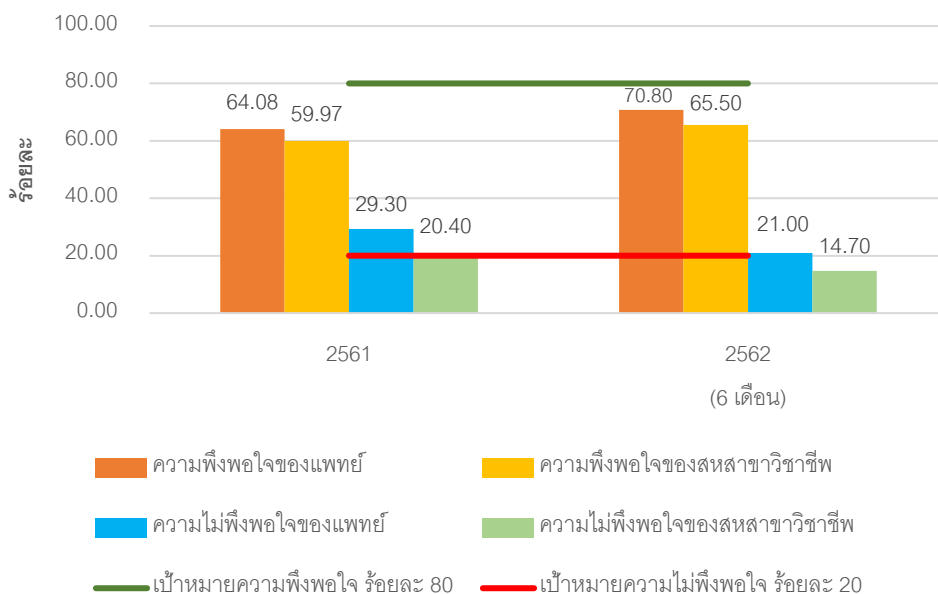
เรื่องพฤติกรรมบริการ และสมรรถนะพบว่า มีข้อชมเชยและข้อร้องเรียน ดังรูป 7.2-4 และ 7.2-5 ได้มีการปรับปรุงด้านพฤติกรรมบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยยึดหลัก “บริการด้วยใจ ไร้ส่ามคคี มีความรับผิดชอบ” ซึ่งแนวโน้มในปี 2562 เรื่องพฤติกรรมบริการมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบเหตุการณ์ในหน่วยงานและบุคคลที่เกิดขึ้นๆ เช่น OPD, กายภาพ ฯลฯ มีการวางแผนดำเนินงานนิเทศติดตามงานและกำหนดเป็น KPI รายบุคคล

รูป 7.2-5 ข้อร้องเรียนด้านการบริการสุขภาพ



ในด้านกรวิจัยหน่วยงานวิจัยมีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจผ่านแบบสอบถาม QR CODE และการสัมภาษณ์ ผลลัพธ์ ดังรูป 7.2-6 หลังได้ผลการประเมินผู้รับผิดชอบนำผลมาวิเคราะห์และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของการวิจัย คือ ความซับซ้อนของระบบงาน และการสนับสนุนกระบวนการทำวิจัย จึงได้มีการปรับปรุงแก้ไขโดยให้บริการแบบครบวงจร ทั้งฐานข้อมูลทางคลินิก และบุคลากรที่ให้คำปรึกษาและจัดหาแหล่งทุนให้กับผู้ทำวิจัย

รูป 7.2-6 ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย



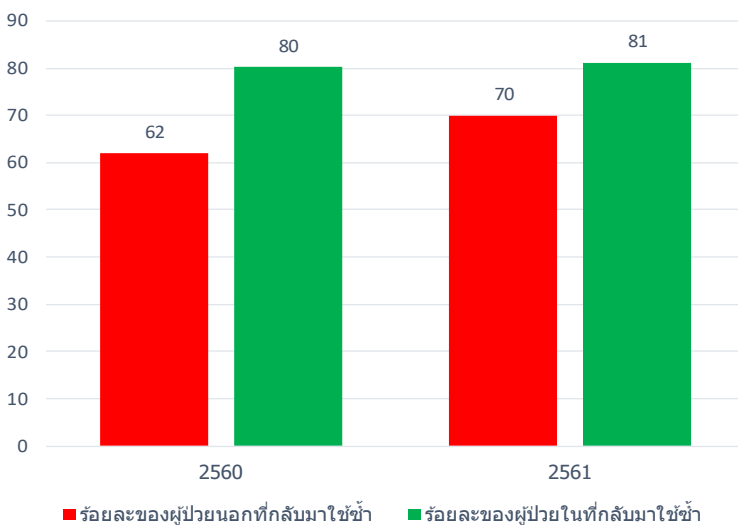
7.2 ก (2) ความผูกพันของลูกค้า

รูป 7.2-7 นิสิตแพทย์ มศว เรียนรายวิชาเลือก ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญาันนทภิกษุ ชลประทาน

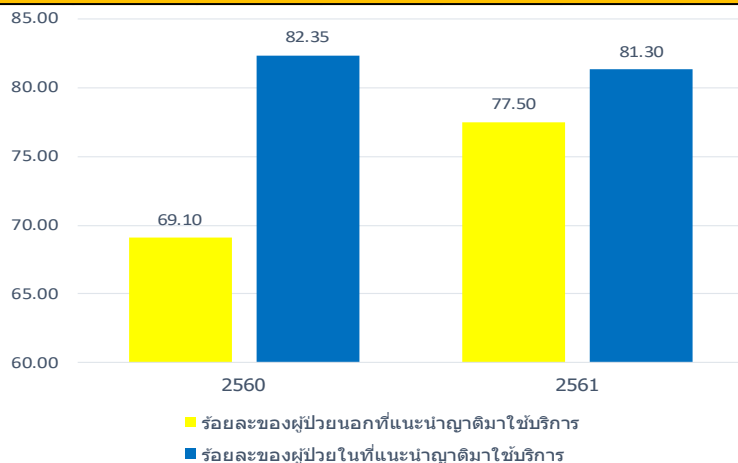


ผลจากการส่งมอบผลิตภัณฑ์และการตอบสนองความต้องการของลูกค้า มีการปรับปรุงผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่องและปรับปรุงการสื่อสารต่อลูกค้า ทำให้ความผูกพันของลูกค้าตามพันธกิจหลักทั้ง 3 ด้านโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในด้านการเรียนการสอน พบว่านิสิตที่ผ่านการเรียนรู้จากศปช มีการกลับมาเรียนเป็นรายวิชาเลือกหรือแหล่งฝึกงานรวมทั้งบรรจุทำงาน ดังรูป 7.2-7 และการมาใช้บริการซ้ำในด้านการรักษาพยาบาล ดังรูป 7.2-8 ร้อยละของผู้ป่วยนอก - ในที่กลับมาใช้ซ้ำ รวมถึงการแนะนำลูกค้าเพิ่มขึ้น ดังรูป 7.2-9

รูป 7.2-8 ร้อยละของผู้ป่วยนอก - ในที่กลับมาใช้ซ้ำ



รูป 7.2-9 ร้อยละของผู้ป่วยนอก - ในที่แนะนำญาติมาใช้บริการ

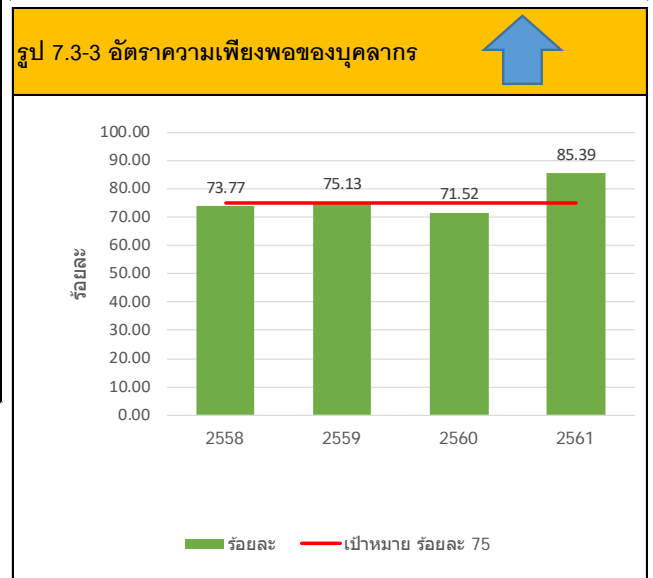
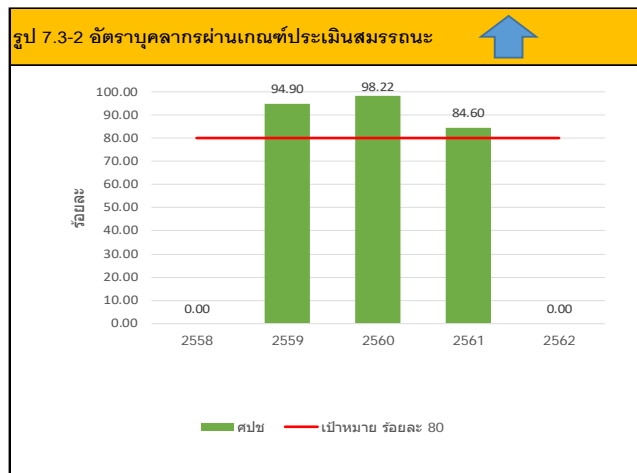
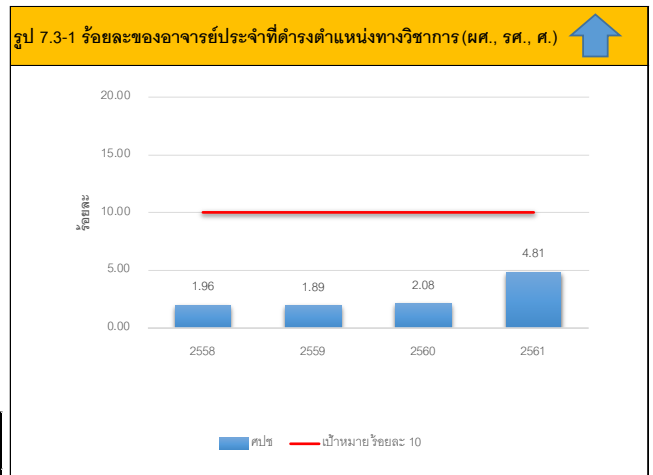


7.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

7.3 ก. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร

7.3 ก. (1) ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร

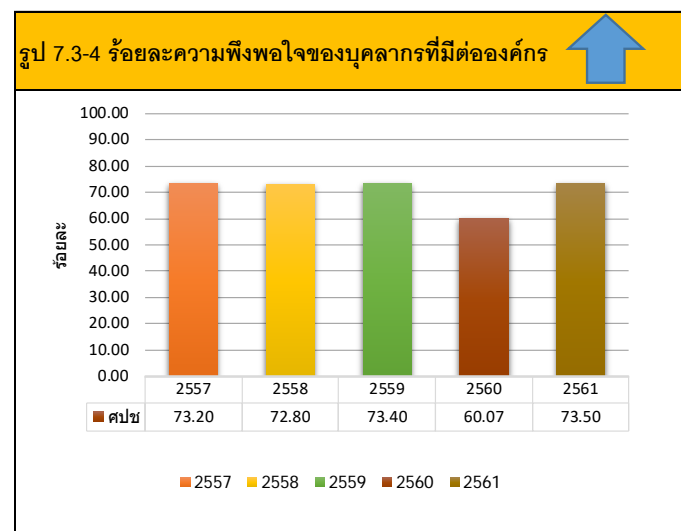
ศปช มีอัตรากำลังบุคลากร จำนวน 1,100 คน ทำงานตามพันธกิจหลัก มีบุคลากรสายวิชาการที่มี ตำแหน่งทางวิชาการดังรูป 7.3-1 และประเมินขีด ความสามารถบุคลากร ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า และเป็นข้อตกลงสากลขององค์กร ปีละ 2 ครั้ง อัตรา บุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ ดังรูป 7.3-2



7.3 ก. (2) บรรยากาศการทำงาน

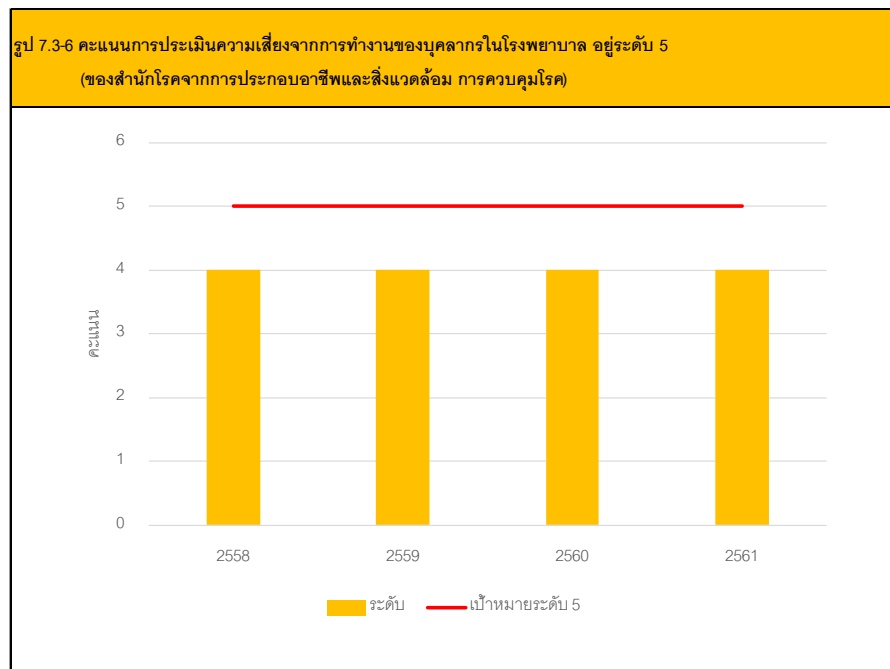
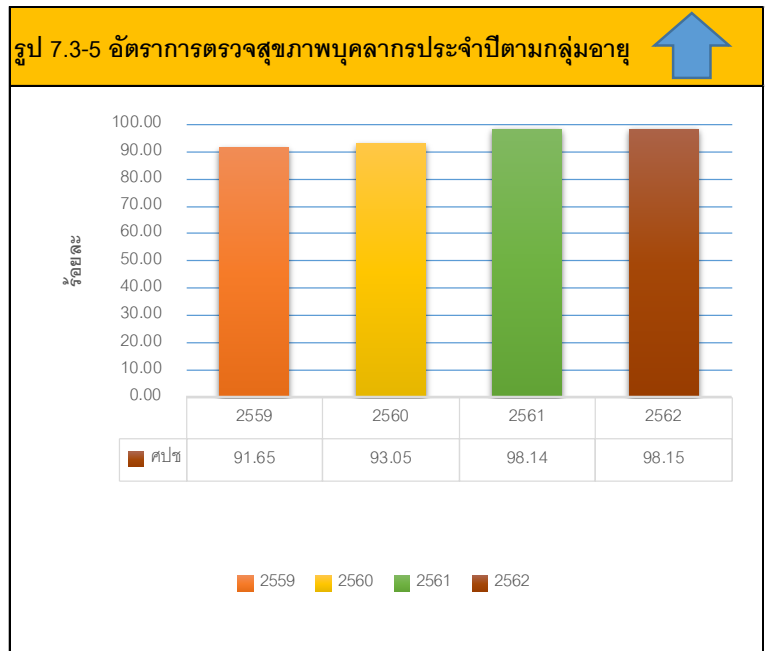
ศปช มีการสร้างบรรยากาศในการทำงานโดย คำนึงถึงด้านกายภาพและสวัสดิการ ทางด้านกายภาพ

มีการเอื้อความสะดวกให้แก่บุคลากรให้เข้าถึงที่ทำงานและมีบริการสาธารณะอย่างเหมาะสม แต่เนื่องจากอยู่ใน ระหว่างการก่อสร้างอาคารหอผู้ป่วย 20 ชั้น และอาคารหอพัก จึงทำให้มีความไม่สะดวก ในด้านกายภาพ



การจราจร และสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่บ้าง ทาง ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลบุคลากรและทีมงาน ได้ทำการ แก้ไขปรับปรุงให้ตามข้อเสนอแนะ และชี้แจงความ เปลี่ยนแปลงเป็นระยะ เพื่อลดความกังวล ผลลัพธ์ ด้านพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ดังรูป 7.3-4

องค์กรตระหนักถึงความสำคัญของ ภาวะสุขภาพที่มีผลต่อการทำงาน และ เนื่องจาก ศปช เป็นศูนย์การแพทย์ที่ ให้บริการด้านรักษาพยาบาล จึงมีการ กำหนดให้บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปี ผลที่ได้ ดังรูป 7.3-5 และได้รับการ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน เพื่อจะ ได้จัดการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ดังรูป 7.3-6

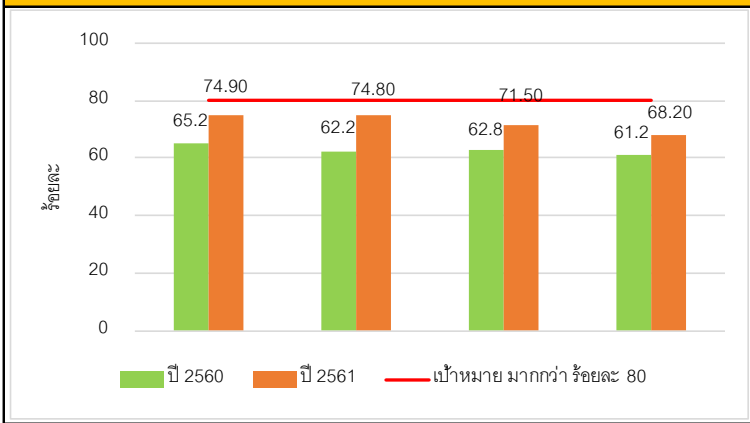


จากผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและความผูกพันขององค์กร ปี 2560 ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการด้านที่ พักอาศัย ได้มีแผนปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น ถนนทางเข้าหอพัก ที่บังตาราวตากผ้าตู้คอนเทนเนอร์ อยู่ระหว่าง ดำเนินการก่อสร้างหอพักสำหรับบุคลากรจะแล้วเสร็จในปี 2562 ระบบการจัดการด้านการรักษาพยาบาล ได้มี การแยกห้องตรวจเฉพาะเจ้าหน้าที่ และนอกเวลาราชการ ที่ ER และจัดคิวให้ตรวจก่อน

7.3 ก. (3) ผลลัพธ์ด้านความผูกพันของบุคลากร

ดังรูป 7.3-7 ศปช ใช้ผลประเมินของ สรพ. ความผูกพันของบุคลากร โดยพบว่าปี 2558 - 2560 การ สื่อสารภายในองค์กรไม่ทั่วถึง มีวิธีการในการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง จาก เดิมที่ใช้การสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบทางเดียว (One-way Communication) แต่จากผลการประเมินความ ผูกพันในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนน้อย จึงได้นำผลมาปรับเปลี่ยนและพัฒนาช่องทางการสื่อสาร

รูป 7.3-7 ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร จำแนกตามกลุ่ม



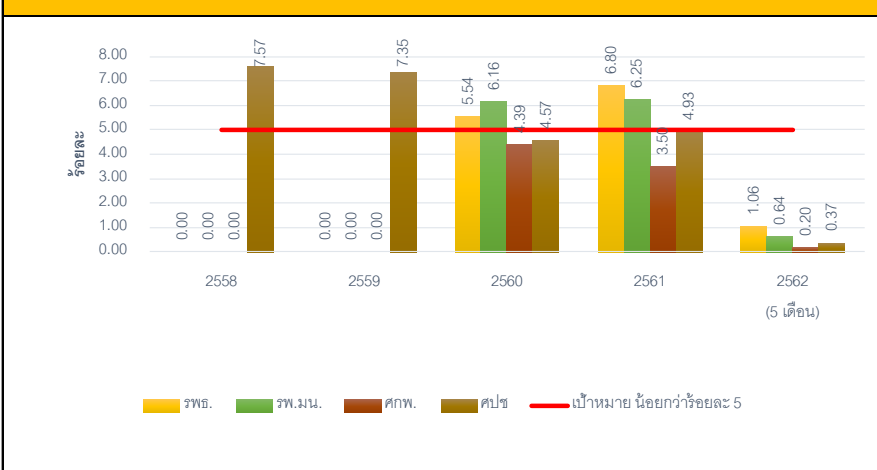
เป็นการสื่อสารระบบสองทาง (Two-way Communication) เพื่อถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์และนโยบาย จากผู้บริหารสู่บุคลากรทุกระดับ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรเพื่อก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ นอกจากนี้ผู้บริหารยังนำข้อเสนอแนะจากบุคลากรมาวิเคราะห์หา

แนวทางแก้ไขปัญหา เป็นการเสริมสร้างให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนที่ดีขึ้น

ผลความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรไม่ได้ตามเป้าหมาย ที่นำมาได้วางแผนแก้ไขโดยการพัฒนาบุคลากรทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานผ่าน action plan ประจำปี เช่นโครงการ collaboration begin with you มุ่งพัฒนาหัวหน้างานในการสื่อสารเชิงบวกและการสร้างศักยภาพการเป็นผู้นำโครงการบริการด้วยใจ สร้างสายใยสู่ความสำเร็จ มุ่งสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงาน รวมถึงสร้างภาพลักษณ์ที่ดี นำสู่ความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และสร้างอัตลักษณ์ การเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม เน้นให้บริการที่ดี พุดจาดี ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ทำให้องค์กรเป็น happy work place

ดังรูป 7.3-8 ในปี 2556 - 2560 มีแนวโน้มของการลาออกเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มพบว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะลาออกมากที่สุด ซึ่งสาเหตุสำคัญ คือ ด้านการศึกษาต่อเฉพาะทาง รองลงมาคือ พยาบาล สาเหตุสำคัญคือ การย้ายกลับภูมิลำเนา โดยมีกิจกรรมสนับสนุนเพื่อลดปัญหาบุคลากรลาออก เช่น โครงการ 3 S การ

รูป 7.3-8 อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม

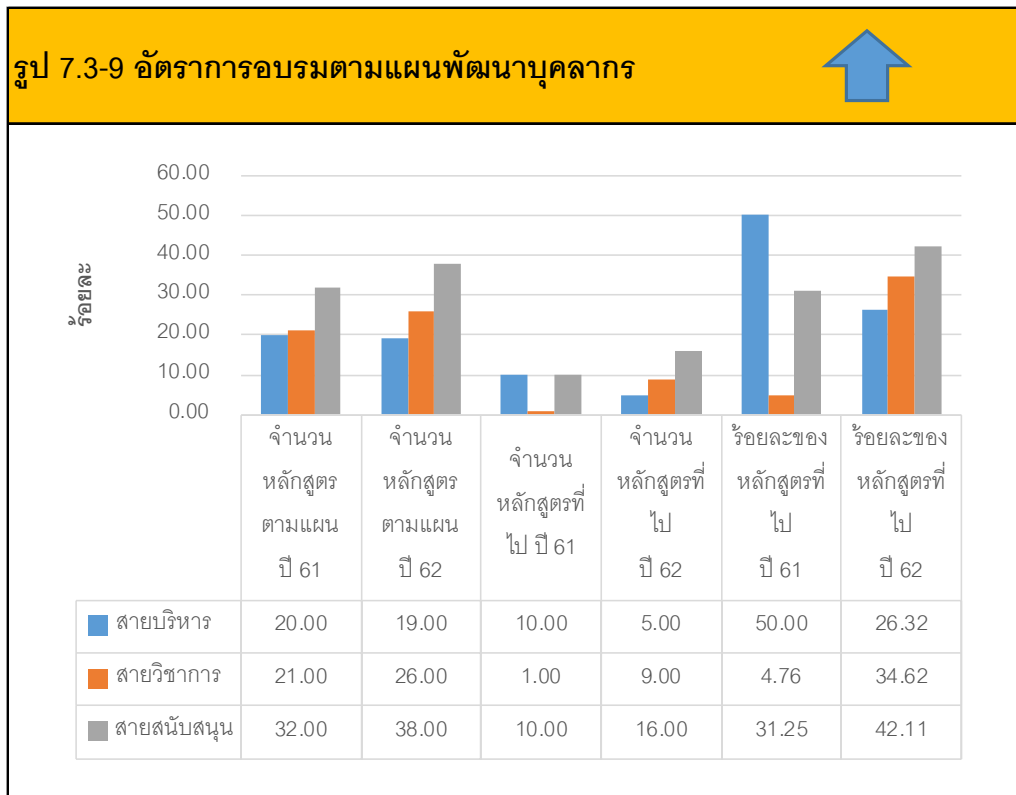


ค้นหาบุคลากรดีเด่นในหน่วยงาน การเปิดเวทีผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขเชิงระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติ ซึ่งการดำเนินงานพบว่า อัตราการลาออกของพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 20.4 ในปี 2555 เป็น 6.3 ในปี 2556 แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

เป็น 9.93 ในปี 2557 อัตราความพึงพอใจของบุคลากรภาพรวม เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 70.2 เป็น 70.6 และ 73.2 ในปี 2555-2557 ตามลำดับ และสวัสดิการด้านที่พักอาศัยอยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้างหอพักสำหรับบุคลากรจะแล้วเสร็จในปี 2562

7.3 ก. (4) ผลลัพธ์ด้านพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรเป็นกลไกสำคัญในการสร้างคนให้เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบและผลักดันให้งานบรรลุความสำเร็จ ส่งผลต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจที่บรรลุเป้าหมาย อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมปัจจัยความผูกพันของบุคลากรในด้านการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น มีการอบรมบุคลากรทั้งภายนอกและภายในอย่างต่อเนื่อง ดังรูป 7.3-9

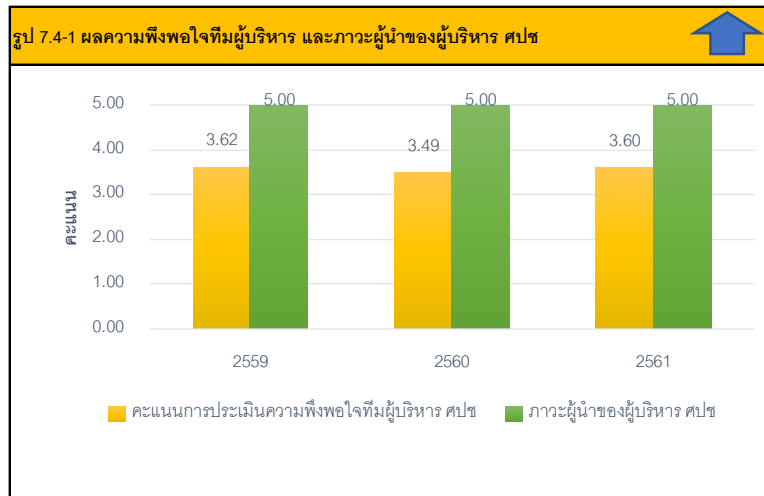


7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร และการกำกับดูแลองค์กร

7.4 ก ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร การกำกับดูแลองค์กร และความรับผิดชอบต่อสังคม

7.4 ก (1) การนำองค์กร

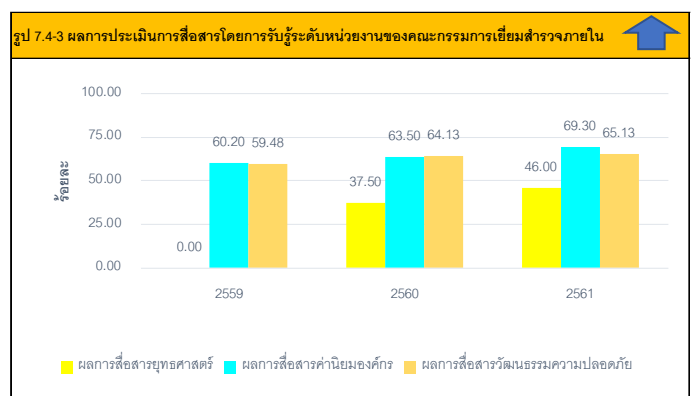
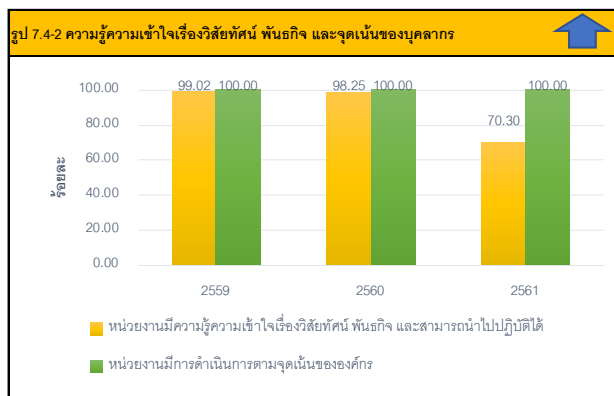
ศปช กำหนดให้มีการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อการทำงานของทีมนิเทศและสภามหาวิทยาลัย



ซึ่งมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมอยู่ในกรรมการชุดนั้นเป็นผู้ประเมินภาวะผู้นำของผู้นำองค์กร โดยประเมินการกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อสังคม และการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดีตั้งแต่ปี 2559 ดังรูป 7.4-1, 7.4-2 กระบวนการสื่อสารที่ผู้นำองค์กรเสนอต่อบุคลากรยังมีเรื่องของวัฒนธรรมความปลอดภัยได้รับการ

ตรวจสอบการรับรู้ในระดับหน่วยงาน โดยการลงเยี่ยมของคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในได้ผล ดังรูป 7.4-3

ในส่วนผลลัพธ์การสื่อสารต่อลูกค้ามีแนวโน้มที่ดีมาโดยตลอด ดังรูป 7.2-1, 7.2-2 และ 7.2-3



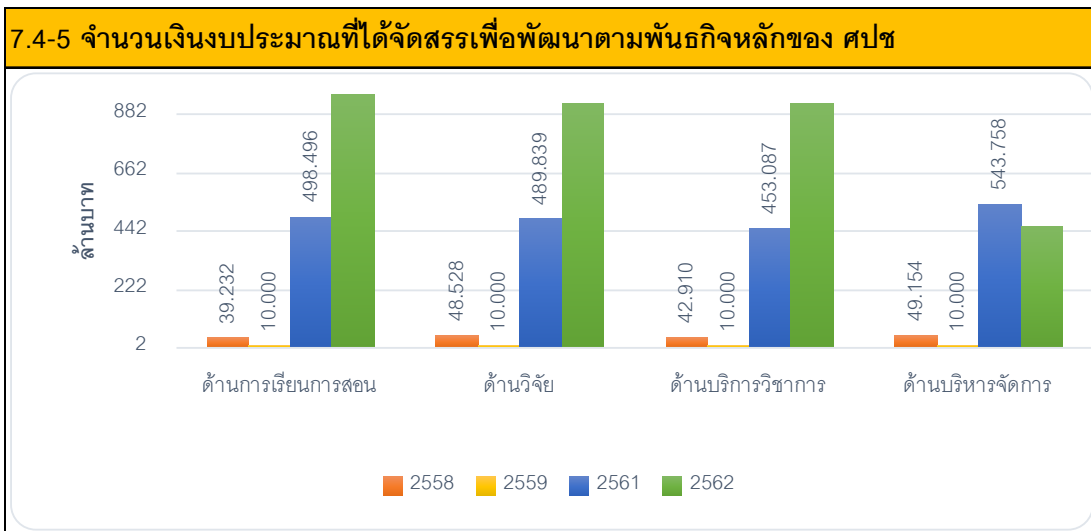
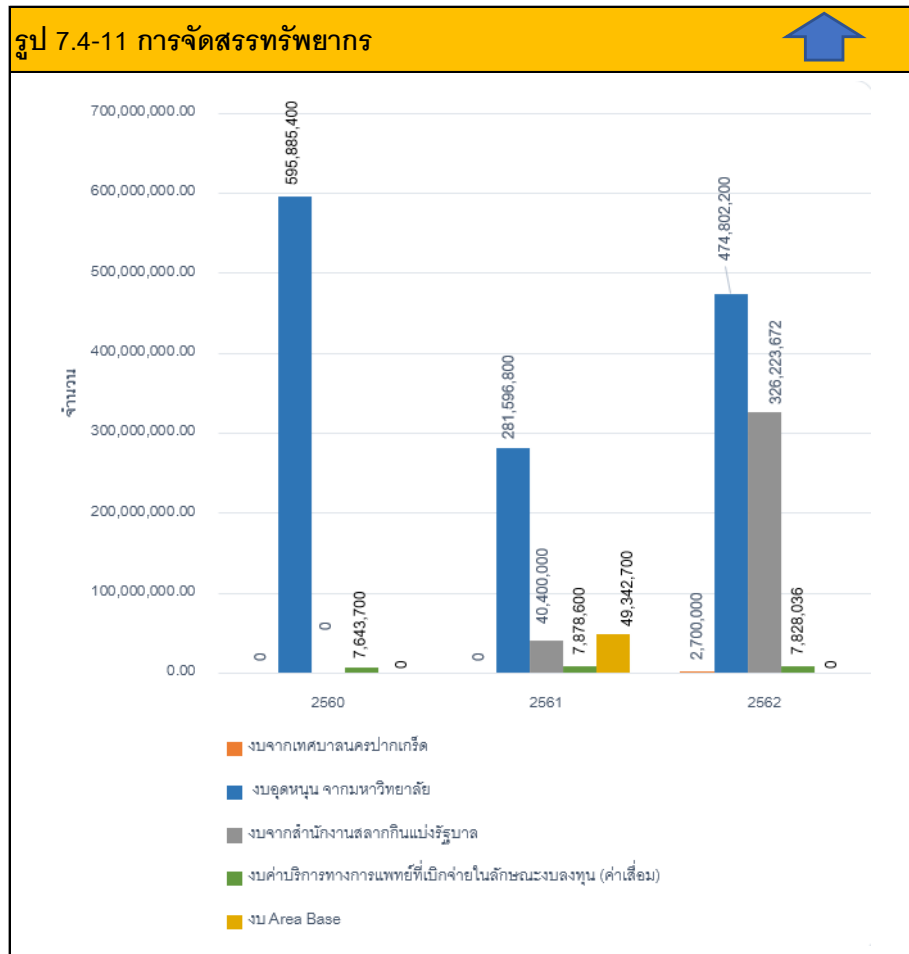
7.4 ก (2) (3) (4) การกำกับดูแลองค์กร กฎหมาย และกฎระเบียบข้อบังคับ จริยธรรม

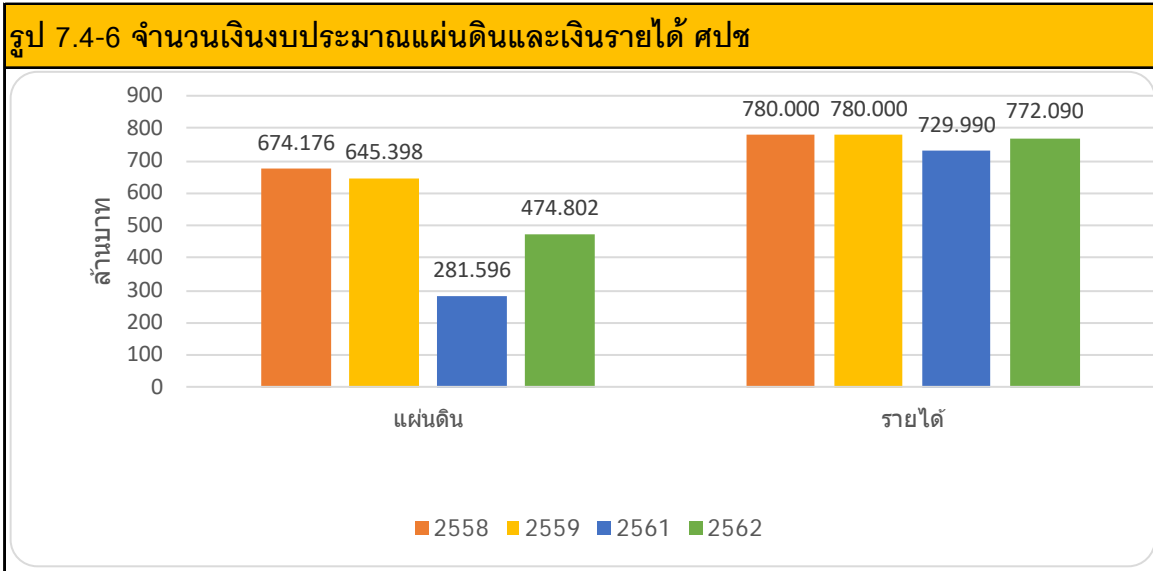
การกำกับดูแลองค์กรของผู้นำองค์กรเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล 10 ประการ ดังรูป 1.1-2 มีการประเมินผลตามตัวชี้วัดในแต่ละด้านโดยคณะกรรมการตามโครงสร้างการบริหาร ศปช ลูกค้ำ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปรากฏผลลัพธ์ด้านความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์พบว่าในการทำแผนกลยุทธ์มีบุคลากรตัวแทนหน่วยงานเข้าร่วมคิดเป็นร้อยละ 100 ดังรูป 7.4-10 แต่ความสำเร็จของการดำเนินการของความสำเร็จแผนกลยุทธ์มีแนวโน้มลดลง ดังรูป 7.4-4

รูป 7.4-10 ร้อยละของตัวแทนหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการจัดทำแผน

ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2558	100
2559	100
2560	100
2561	100

ภาวะความรับผิดชอบด้านการเงินในการกำกับดูแลองค์กร ผู้นำองค์กรมีการจัดสรรทรัพยากรด้านการเงิน แบ่งออกเป็นหลายส่วนเพื่อให้มั่นใจว่ามีทรัพยากรพร้อมใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติการขององค์กรจนประสบความสำเร็จผลลัพธ์ ดังรูป 7.4-11





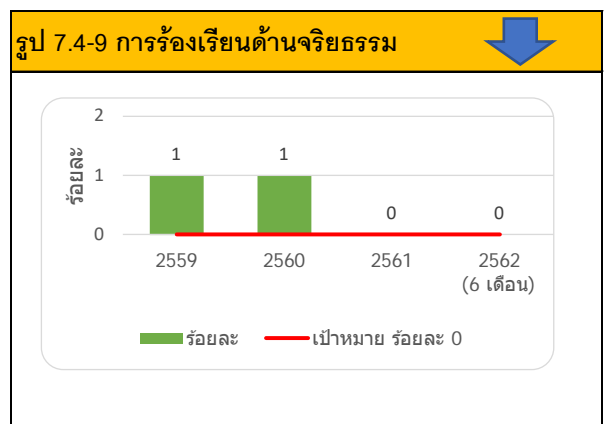
ด้านความโปร่งใสและด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม พบว่า มีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ดังรูป 7.4-7, 7.4-8, 7.4-9 และ 7.5-3

รูป 7.4-7 ผลการปฏิบัติงานรายบุคคลของรองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

ปีงบประมาณ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
2558	✓	
2559	✓	
2560	✓	
2561	✓	

รูป 7.4-8 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการทำผิดระเบียบของมหาวิทยาลัย

ปีงบประมาณ	จำนวน/ครั้ง
2558	0
2559	0
2560	0
2561	0



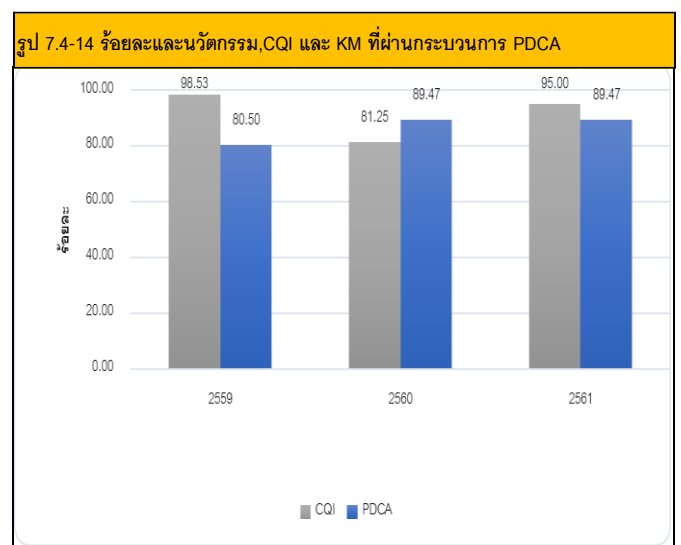
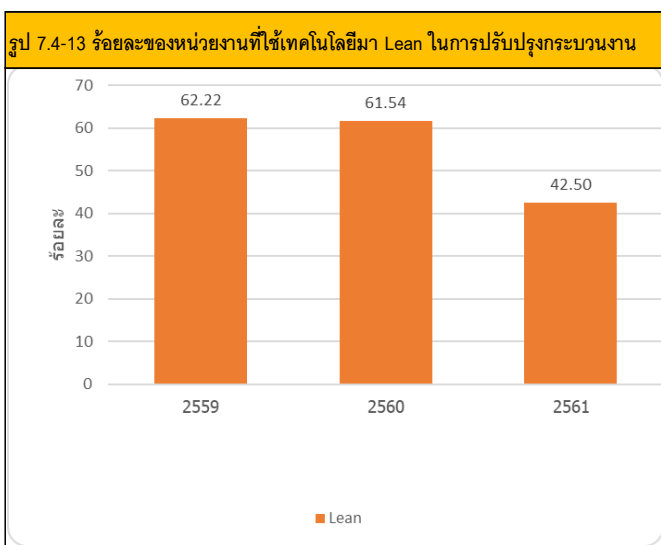
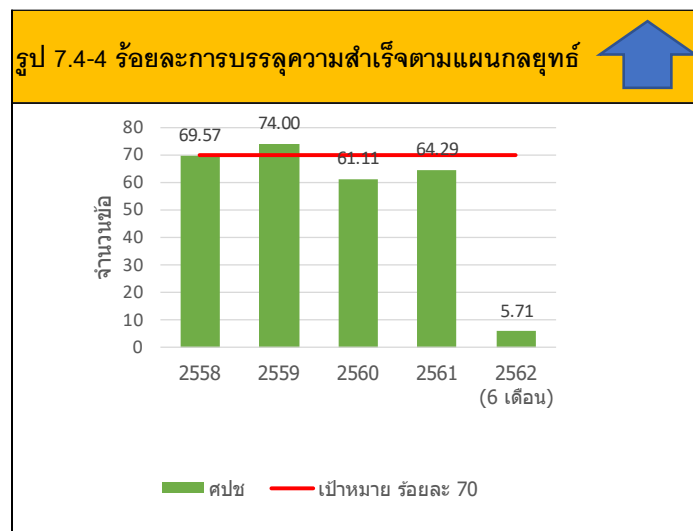
7.4 ก (5) สังคม

ผลลัพธ์ด้านความผาสุกของสังคม และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ มีการดำเนินการทางด้านบริการวิชาการ และการรักษาผลประโยชน์ของชุมชน ดังรูป 7.4-12

รูป 7.4-12 ร้อยละแผนงาน/โครงการบริการวิชาการ ส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์	
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2558	100
2559	100
2560	100
2561	100

7.4 ข ผลลัพธ์ด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

ผลสำเร็จในการดำเนินการเพื่อบรรลุแผนกลยุทธ์ของปี 2561 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังรูป 7.4-4 เนื่องจากมีบางโครงการไม่ได้ดำเนินการในระยะเวลาที่กำหนดได้มีการพัฒนากระบวนการทำแผนยุทธศาสตร์และการติดตามให้มีความคล่องตัวซึ่งสามารถสรุปผลได้เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2562

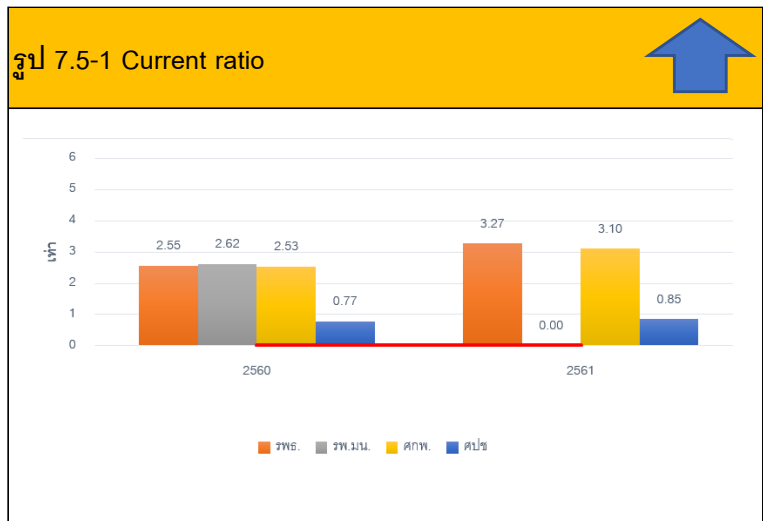


7.5 ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด

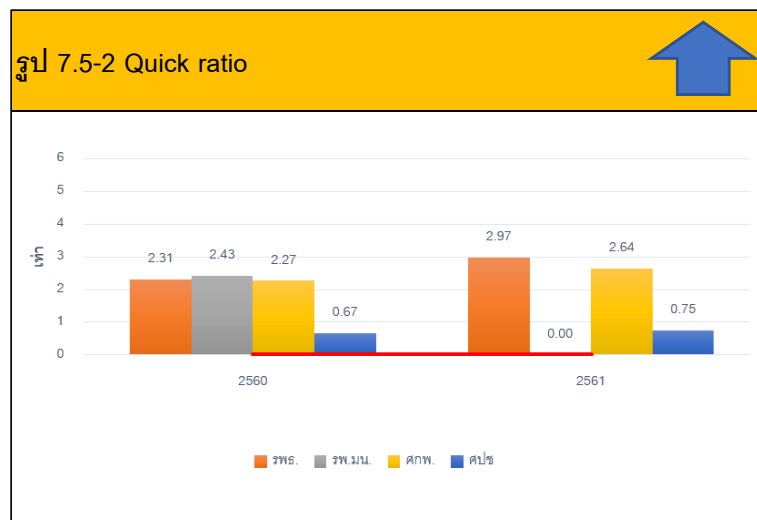
7.5 ก. ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด

7.5 ก. (1) (2) ผลลัพธ์การดำเนินการด้านการเงินและผลการดำเนินงานด้านตลาด

ผลลัพธ์การดำเนินการด้านการเงินใช้ดัชนีตัวชี้วัดโรงพยาบาลในส่วนของ Current ratio, Quick ratio ดังรูป 7.5-1 และ 7.5-2 พบว่า ไม่บรรลุเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้ง 2 ค่า จากการวิเคราะห์พบว่า การขาดสภาพคล่อง จากการเป็นหนี้สะสมโดยเฉพาะ 3 ลำดับแรกของหนี้สิน คือ 1) ค่ายา 2) ค่าวัสดุทางการแพทย์ 3) ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลจึงวางนโยบายการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย



โดยได้ดำเนินการ ดังนี้ การเพิ่มรายรับ โดยการปรับ Flow การให้บริการด้านหน้าโดยเพิ่มจุดชำระเงิน/ชำระเงินก่อนทำหัตถการ , ปรับอัตราค่าบริการ/ค่าหัตถการให้ทันสมัย เปิดตึกพิเศษ (ตึกปัญญาเทศาภิบาล) , เปิดคลินิก



ปัญญาภิรมย์ , เปิดรับ Fax Claim Service , เพิ่มอัตราครองเตียงในห้องพิเศษทำให้มีรายรับเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ในด้านการดำเนินการเอกสารทางการเงินเพื่อให้ตรวจสอบได้ถึงความต้องการและโปร่งใส สปช. มีกระบวนการตรวจสอบทางการเงินโดยบริษัทผู้ตรวจสอบบัญชีพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกปี ดังรูป 7.5-3

ด้านการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาลที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมาย มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานในการเรียกเก็บของศูนย์สิทธิประโยชน์ และใช้ระบบสารสนเทศสนับสนุนทำให้อัตราการเรียกคืนเงินมีแนวโน้มดีขึ้น ดังรูป 7.5-4 และ 7.5-5

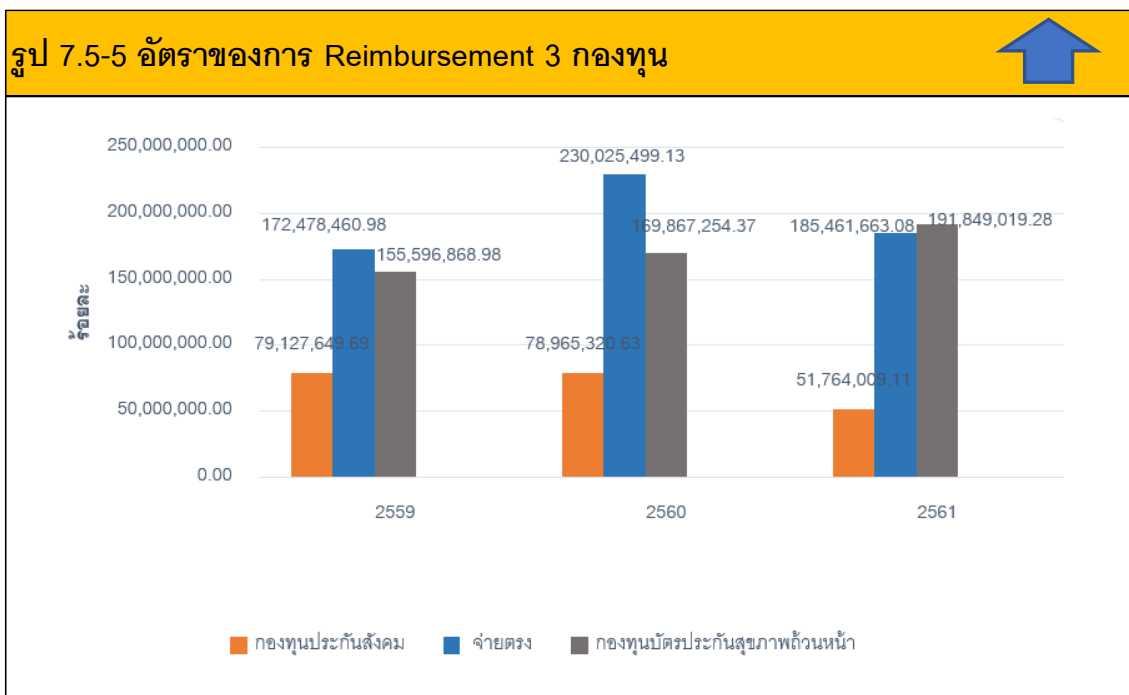
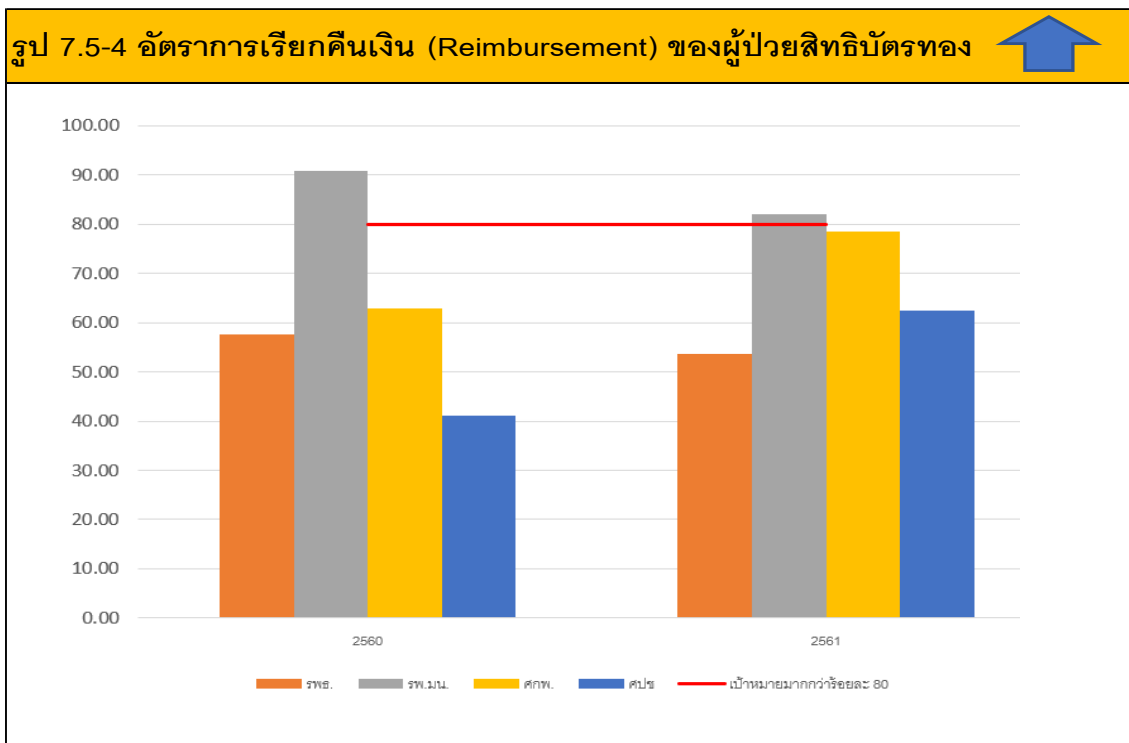
การลดรายจ่าย ตั้งคณะกรรมการควบคุมค่าใช้จ่ายในส่วนวัสดุ/ครุภัณฑ์/วัสดุสำนักงาน และต่อรองลดต้นทุนสินค้า ตั้งคณะกรรมการ

Utilize management, ควบคุมการใช้จ่าย โดยเฉพาะยานอวกาศบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้มีความเหมาะสมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า กำหนดมาตรการติดตามการชำระหนี้ นำ Unit Cost มาพัฒนาระบบการทำงานของ

รูป 7.5-3 ผลการตรวจสอบบัญชีผ่านเกณฑ์

ปีงบประมาณ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
2558	✓	
2559	✓	
2560	✓	
2561	✓	

หน่วยงาน จัดตั้งหน่วยงานการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์ โดยเชิญที่ปรึกษาจากภาคเอกชนภายนอก เพื่อช่วยในการระดมทุนมาช่วยเหลือโรงพยาบาลและเพิ่มกลุ่มลูกค้า ที่มีความผูกพันต่อโรงพยาบาลในรูปแบบ VIP จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าสามารถเพิ่มรายรับและช่วยลดรายจ่ายในการดำเนินการจึงทำให้มีแนวโน้มของการขาดสภาพคล่องลดลง





ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานการประเมินตนเอง
ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี 2561 -2562
ประจำปีการศึกษา 2561

วันที่ 24 มิถุนายน 2562