

รายงานการประเมินตนเอง

ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ปี 2561-2562

ประจำปีการศึกษา 2560



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ 30 พฤษภาคม 2561

คำนำ

รายงานการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์เพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีการศึกษา 2560 จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมและรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และพันธกิจของ ศปช. โดยได้นำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA Criteria for Performance Excellence Framework) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง คณะผู้บริหารของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์ TQA โดยกำหนดเป็นเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ของ ศปช. ที่จะได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (TQC) ในปี 2564

ในปีการศึกษา 2560 นี้ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ในฐานะหน่วยงานสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับการมอบหมายจากมหาวิทยาลัยให้ดำเนินการประเมินคุณภาพภายในตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ 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 หัวหน้างาน และบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพตลอดมา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จะเป็นองค์กรที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน เพื่อเป็นองค์กรชั้นนำแห่งการเรียนรู้ และยังประโยชน์ให้กับสังคม ประเทศชาติต่อไป



(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ
ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤษภาคม 2561

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โครงสร้างองค์กร	
1. ลักษณะองค์กร	1-9
2. สภาพการณ์ขององค์กร	10-12
หมวด 1 การนำองค์กร	
1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	13-17
1.2 การกำกับดูแลและความรับผิดชอบต่อสังคม	18-20
หมวด 2 กลยุทธ์	
2.1 การจัดทำกลยุทธ์	21-25
2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	26-28
หมวด 3 ลูกค้ำ	
3.1 เสียงของลูกค้ำ	29-33
3.2 ความผูกพันของลูกค้ำ	34-38
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
4.1 การวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	39-42
4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้	43-45
หมวด 5 บุคลากร	
5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	46-50
5.2 ความผูกพันของบุคลากร	51-54
หมวด 6 การปฏิบัติการ	
6.1 กระบวนการทำงาน	55-67
6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	68-71
หมวด 7 ผลลัพธ์	
7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ	72-99
7.2 ผลลัพธ์ด้านลูกค้ำ	99-106
7.3 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร	107-112
7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร	112-117
7.5 ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด	118-119

สารบัญรูป ตารางและกราฟ

เรื่อง	หน้า
โครงสร้างองค์กร	
รูป OP-1 ตารางผลิตภัณฑ์หลัก	1
รูป OP-2 ตารางมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจของ ศปช	4
รูป OP-3 ตารางการได้รับรองมาตรฐานจาก 3 พันธกิจ	4
รูป OP-4 โครงสร้างองค์กร	6
รูป OP-5 โครงสร้างการบริหารงาน	7
รูป OP-6 ตารางลูกค้า	8
รูป OP-7 ตารางผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	9
รูป OP-8 ตารางผู้ส่งมอบและพันธมิตร	10
รูป OP-9 ตารางการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness Change)	10
รูป OP-10 ตารางแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Data)	11
หมวด 1 การนำองค์กร	
รูป 1.1-1 ตารางแนวทางการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล	14
รูป 1.1-2 ตารางยุทธศาสตร์ ค่านิยม และการนำสู่การปฏิบัติ	17
หมวด 2 กลยุทธ์	
รูป 2.1-1 กระบวนการวางแผนกลยุทธ์	22
รูป 2.1-2 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และระยะเวลาคาดการณ์	25
หมวด 3 ลูกค้า	
รูป 3.1-1 ตารางช่องทางการรับฟังลูกค้า	29-30
รูป 3.1-2 ตารางลูกค้าในอนาคต	31
รูป 3.1-3 ตารางการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และ ความผูกพันของลูกค้า	31-33
รูป 3.1-4 Flow การบริหารความเสี่ยง	37
หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ	40
รูป 4.2-1 ระบบงานการจัดการความรู้ของ ศปช	44

สารบัญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
หมวด 5 บุคลากร	
รูป 5.1-1 ตารางสวัสดิการ ศปช	50
รูป 5.2-1 ตารางช่องทางการสื่อสารของบุคลากร	51
หมวด 6 การปฏิบัติการ	
รูป 6.1-1 ระบบงานสำคัญขององค์กร	56
รูป 6.1-2 ตารางระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (การบริการสุขภาพ)	57-60
รูป 6.1-3 ตารางระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (การเรียนการสอน)	61-62
รูป 6.1-4 ตารางระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (การวิจัย)	63
รูป 6.1-5 การออกแบบและปรับปรุงกระบวนการ	67
รูป 6.1-6 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	67
หมวด 7 ผลลัพธ์	
ตัวชี้วัด 7.1.1 อัตราตายรายปีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 ลำดับแรก	72
ตัวชี้วัด 7.1.2 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2	73
ตัวชี้วัด 7.1.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุ	74
ตัวชี้วัด 7.1.4 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนกระจกตามีระดับการมองเห็นดีขึ้นอย่างน้อย 3 ระดับ	75
ตัวชี้วัด 7.1.5 อัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)	75
ตัวชี้วัด 7.1.6 ผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับรุนแรงอาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษา	76
ตัวชี้วัด 7.1.7 อัตราสูญเสียการมองเห็นรุนแรงในเบาหวานที่ต้องรับการเลเซอร์	77
ตัวชี้วัด 7.1.8 ระยะเวลาอนโรยพยาบาล (LOS) ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด MIS	78
ตัวชี้วัด 7.1.9 อัตราการติดเชื้อในข้อเท้า หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเท้า ภายใน 1 ปี	78
ตัวชี้วัด 7.1.10 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	79
ตัวชี้วัด 7.1.11 ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE 3) ในการสมัครสอบครั้งแรก	79
ตัวชี้วัด 7.1.12 จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและระดับนานาชาติ	80
ตัวชี้วัด 7.1.13 ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่กลับมาห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชม. โดยไม่ได้นัด (Unplanned revisit)	80

สารบัญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า	
ตัวชี้วัด 7.1.14	อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	80
ตัวชี้วัด 7.1.15	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์)	81
ตัวชี้วัด 7.1.16	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	82
ตัวชี้วัด 7.1.17	อัตราผู้ป่วยเบาหวานจอตาที่จำเป็นต้องเลเซอร์ ได้รับการเลเซอร์ในสองสัปดาห์	82
ตัวชี้วัด 7.1.18	อัตราการติดเชื้อของบาดแผลผ่าตัดผ่านกล้องภายใน 1 ปี	83
ตัวชี้วัด 7.1.19	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ Prophylactic antibiotic 1 ชั่วโมงก่อนลงมีด	83
ตัวชี้วัด 7.1.20	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)	84
ตัวชี้วัด 7.1.21	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)	85
ตัวชี้วัด 7.1.22	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)	86
ตัวชี้วัด 7.1.23	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	87
ตัวชี้วัด 7.1.24	ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	88
ตัวชี้วัด 7.1.25	การบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์	88
ตัวชี้วัด 7.1.26	ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	89
ตัวชี้วัด 7.1.27	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช	89
ตัวชี้วัด 7.1.28	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	90
ตัวชี้วัด 7.1.29	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน)	91
ตัวชี้วัด 7.1.30	อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	91
ตัวชี้วัด 7.1.31	จำนวนครั้งการเกิดการแพ้ยาซ้ำ	92
ตัวชี้วัด 7.1.32	อัตราการเกิดปฏิกิริยาแทรกซ้อนจากการให้เลือด	92
ตัวชี้วัด 7.1.33	อัตราการรายงานผล Lab ผิดพลาด	93
ตัวชี้วัด 7.1.34	การรายงานผล Lab วิกฤตตามระยะเวลาที่กำหนด	93
ตัวชี้วัด 7.1.35	ร้อยละของการถ่าย-ส่งเอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน	94
ตัวชี้วัด 7.1.36	อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	94
ตัวชี้วัด 7.1.37	มีความทันเวลาของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบ	95
ตัวชี้วัด 7.1.38	อาจารย์ที่มีความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	95
ตัวชี้วัด 7.1.39	ร้อยละของการค้นหาเอกสารทางการแพทย์ได้ทันเวลาที่กำหนด	96
ตัวชี้วัด 7.1.40	ร้อยละของจำนวนทุนวิจัยที่ใช้ในแต่ละปี	96
ตัวชี้วัด 7.1.41	Information systems down time	97

สารบัญญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง		หน้า
ตัวชี้วัด 7.1.42	Information systems response time	97
ตัวชี้วัด 7.1.43	จำนวนครั้งของการเกิด Sentinel Event ที่ ร.พ. กำหนด	98
ตัวชี้วัด 7.1.44	จำนวนระบบที่ได้รับการแก้ไขจากการทบทวน	98
ตัวชี้วัด 7.1.45	ระบบไฟฟ้าทั้งระบบในหน่วยบริการดับเกิน 2 นาที	98
ตัวชี้วัด 7.1.46	อัตราการสำรองยา	99
ตัวชี้วัด 7.2.1	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)	99
ตัวชี้วัด 7.2.2	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)	100
ตัวชี้วัด 7.2.3	ร้อยละความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยนอก	101
ตัวชี้วัด 7.2.4	ร้อยละความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยใน	101
ตัวชี้วัด 7.2.5	ร้อยละความพึงพอใจจากการเยี่ยมบ้าน	101
ตัวชี้วัด 7.2.6	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน	102
ตัวชี้วัด 7.2.7	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการเรียนการสอน	102
ตัวชี้วัด 7.2.8	ความพึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย	103
ตัวชี้วัด 7.2.9	ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย	103
ตัวชี้วัด 7.2.10	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	104
ตัวชี้วัด 7.2.11	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	104
ตัวชี้วัด 7.2.12	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ	104
ตัวชี้วัด 7.2.13	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ	104
ตัวชี้วัด 7.2.14	นิสิตแพทย์ มศว เรียนรายวิชาเลือก ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน	105
ตัวชี้วัด 7.2.15	จำนวนนิสิตแพทย์ มศว สมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน	105
ตัวชี้วัด 7.2.16	ความผูกพันของลูกค้า (การวิจัย)	106
ตัวชี้วัด 7.3.1	ร้อยละของอาจารย์ประจำที่ดำรงตำแหน่งทางวิชาการ (ผศ., รศ., ศ.)	107
ตัวชี้วัด 7.3.2	อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะ	107
ตัวชี้วัด 7.3.3	อัตราความพึงพอใจของบุคลากร	108
ตัวชี้วัด 7.3.4	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	108
ตัวชี้วัด 7.3.5	อัตราการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีตามกลุ่มอายุ	109
ตัวชี้วัด 7.3.6	คะแนนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล อยู่ระดับ 5 (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค)	110
ตัวชี้วัด 7.3.7	อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม	110

สารบัญญรูป ตารางและกราฟ (ต่อ)

เรื่อง		หน้า
ตัวชี้วัด 7.3.8	ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร จำแนกตามกลุ่ม	111
ตัวชี้วัด 7.3.9	ร้อยละการพัฒนานุคลากร จำแนกตามกลุ่ม	112
ตัวชี้วัด 7.4.1	คะแนนการประเมินความพึงพอใจที่มีผู้บริหารศูนย์การแพทย์ฯ	112
ตัวชี้วัด 7.4.2	ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน	113
ตัวชี้วัด 7.4.3	ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนการรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการดำเนินงานในระดับองค์กร	113
ตัวชี้วัด 7.4.4	จำนวนเงินงบประมาณที่ได้จัดสรรเพื่อพัฒนาตามพันธกิจหลักของศูนย์การแพทย์ฯ	114
ตัวชี้วัด 7.4.5	จำนวนเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ของ ศปช	115
ตัวชี้วัด 7.4.6	ผลการตรวจสอบบัญชีผ่านเกณฑ์	115
ตัวชี้วัด 7.4.7	การร้องเรียนด้านจริยธรรม	116
ตัวชี้วัด 7.4.8	ร้อยละแผนงาน/โครงการบริการวิชาการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์	116
ตัวชี้วัด 7.4.9	สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	117
ตัวชี้วัด 7.4.10	การวางแผนปฏิบัติการประจำปีที่สุดสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์และการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการประจำปี	117
ตัวชี้วัด 7.5.1	Current ratio	118
ตัวชี้วัด 7.5.2	Quick ratio	118
ตัวชี้วัด 7.5.3	ร้อยละของงบประมาณที่เบิกจ่ายได้ตรงตามเป้าหมาย	119
ตัวชี้วัด 7.5.4	อัตราการเรียกคืนเงิน (Reimbursement) ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง	119

โครงสร้างองค์กร (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 ได้โอนย้ายมาสังกัดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กระทรวงศึกษาธิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่มตามแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ

ปัจจุบัน ศปช เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรีขนาด 300 เตียงให้บริการด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการเรียนการสอนมีบทบาทในการเป็นสถานศึกษาและฝึกปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มศว รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนิสิต/นักศึกษาสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ และด้านการสร้างงานวิจัยสนับสนุนการบริการสุขภาพและการเรียนการสอน

ก. สภาพแวดล้อมขององค์กร (Organizational Environment)

(1) ผลิตภัณฑ์ (Product Offerings)

ศปช มีการกำหนดผลิตภัณฑ์หลักเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

ผลิตภัณฑ์	บริการที่จัดให้	กลไกการส่งมอบ
1. การบริการสุขภาพ	ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมการดูแลใน 15 สาขาวิชา ได้แก่ กุมารเวชกรรม, จักษุวิทยา, จิตเวช, ทันตกรรม, พยาธิวิทยา, รังสีวิทยา, วิสัญญีวิทยา, เวชศาสตร์ครอบครัว, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชศาสตร์ฟื้นฟู, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, สูติ-นรีเวชกรรม, โสต ศอ นาสิก และอายุรกรรม	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการและ EMS เพิ่มบริการเชิงรุก โดยผ่าน อสม. รพสต. และการเยี่ยมบ้าน
2. การจัดการเรียนการสอน	-จัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการ
3. การวิจัยผลงานวิจัย	-มีหน่วยวิจัยเพื่อให้บริการวิชาการที่วิจัยที่ได้มาตรฐาน -พัฒนาทักษะด้านการวิจัย โดยจัดอบรมให้ความรู้ทั้งภายในและภายนอก -คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ -แหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยและการตีพิมพ์/เผยแพร่ -แหล่งทุนสนับสนุนการตีพิมพ์/ประชุมวิชาการ	-ส่งมอบโดยตรงในสถานบริการ -เผยแพร่ผลงานในฐานข้อมูล TC/SCOPUS/ งานประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ

รูป OP-1 ตารางผลิตภัณฑ์หลัก

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

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

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

ค่านิยม (Values): ได้มาจากชื่อย่อของศูนย์การแพทย์ปัญญาบัณฑิตกฤษ ชลประทาน Panyanuntha phikkhu Chonprathan Medical Center: PCMC ซึ่งหมายถึง **ผลงานดี (Performance) มีทีมเด่น (Care Team) เน้นบริหาร (Merit/Management by fact) ผสานให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Continuing)**

สมรรถนะหลัก

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) การบูรณาการการดูแลรักษากับ ศาสนา

ด้านการจัดการเรียนการสอน

ศปช ได้ใช้หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว มีการบูรณาการ การเรียน การสอนในภาคคลินิกและการดูแลต่อเนื่องแบบครบวงจร ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ในการบริการชุมชน

ด้านการวิจัย

ศปช มีนโยบาย หน่วยงานวิจัย แหล่งทุน และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน SIDCER FERCAP สนับสนุน ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือในด้านกระบวนการวิจัยและในอนาคตจะวางแผนสร้างศูนย์วิจัยทางคลินิก ซึ่งจะส่งผลให้สามารถทำงานวิจัยขนาดใหญ่ร่วมกับองค์กรภายนอกได้

(3) ลักษณะโดยรวมของบุคลากร (Workforce Profile)

จำนวนบุคลากรทั้งหมด=1,038 คน (ข้อมูล ณ 1 พฤษภาคม 2561) จำแนกตามกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้
1) **อาจารย์ (96 คน)** หมายถึง บุคลากรที่เป็นอาจารย์แพทย์ สายวิชาการ 2) **แพทย์/ทันตแพทย์ (75 คน)** หมายถึง บุคลากรที่เป็นแพทย์ แพทย์ใช้ทุน ทันตแพทย์และทันตแพทย์ใช้ทุน 3) **พยาบาลวิชาชีพ (280 คน)**
4) **บุคลากรสาย Allied health (240 คน)** หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง 5) **บุคลากรสายสนับสนุน (Back Office) (347 คน)** หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง

ปัจจัยในการขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้บุคลากรมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์องค์กร ได้แก่ การใช้ค่านิยม PCMC การสื่อสารสองทาง โดยมีกิจกรรมการสื่อสารผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันในนโยบายและจุดเน้นองค์กร รวมทั้งการนำประเด็นที่เป็นเป้าหมายสำคัญมากำหนดเป็น KPI ระดับ

บุคคลและหน่วยงาน และการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรักผูกพันสัมพันธ์ภาพในองค์กร เช่น การจัดให้มี PCMC Band การจัดกิจกรรมในวันสำคัญ ประเพณีข้าวหม้อแกงหม้อ

(4) สินทรัพย์ (Assets)

ด้านการบริการสุขภาพมีอาคารบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพิเศษตึก 80 ปี ภูมุนานันตะ อาคารผู้ป่วยในพิเศษปัญญาเทศาภิบาล อาคารผู้ป่วยในสามัญ อาคารศัลยกรรมและสูติกรรม อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 20 ชั้น ขนาด 400 เตียง ที่จะเปิดบริการในปี 2561 มีอาคารบริการในส่วนบริการปัจจุบัน 8 อาคาร ที่จะปรับปรุง (Renovate) เพื่อเพิ่มบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในอนาคต รวมทั้งมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเพื่อสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศ และสนับสนุนการเรียนการสอน

ด้านการสนับสนุนงานบริการ มีอาคารงานสนับสนุนบริการ 8 อาคาร และอาคารเรียนรวมและปฏิบัติการ 1 อาคาร ในด้านสวัสดิการบุคลากร มีอาคารหอพักเจ้าหน้าที่ 2 อาคาร อาคารโรงพักขยะ อาคารหอจดหมายเหตุ อาคารสโมสรทั่วไป อาคารช่าง อาคารหอพักบุคลากรและนักศึกษา (อยู่ระหว่างการก่อสร้าง) โดยจะมีสิ่งอำนวยความสะดวก การพักผ่อนและการออกกำลังกาย มี Wi-Fi เพื่อสร้างการเรียนรู้ มีการปรับปรุงพื้นที่โดยรอบ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้าถึง รวมถึงการจัดหาสถานที่จอดรถให้เพียงพอต่อผู้รับบริการและบุคลากร ปรับปรุงเส้นทางจราจรร่วมกับกรมชลประทาน ทำให้สามารถเข้าถึง ศปช ได้สะดวก

(5) กฎระเบียบข้อบังคับ (Regulatory Requirement)

พันธกิจ	มาตรฐาน
การบริการสุขภาพ	<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 ISO9002โรงพยาบาล สายใยรัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล 4. ข้อบังคับด้านสิ่งแวดล้อม การเงินและผลิตภัณฑ์ ได้แก่ Code of Conduct ต่าง ๆ เช่น การไม่ขายนมผสมใน ศปช เข้าร่วมโครงการ Rational Drug Use Hospital ตามข้อตกลงของ UHosNet รวมทั้งการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ระเบียบการเงินการคลัง ระเบียบพัสดุสำนักนายกรัฐมนตรี กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อม เช่น กฎหมาย EIA กฎหมายอาคารสูง พรบ. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า พรบ.สิทธิผู้ป่วย พรบ.สุขภาพ , พรบ.ข้อมูลข่าวสาร พรบ. ประกันสังคม 5. นโยบายภาครัฐที่ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนงบประมาณ เช่น นโยบายThailand 4.0 6. กฎระเบียบ ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้แก่ 1) ระเบียบมหาวิทยาลัยว่าด้วยการบริหารงานโรงพยาบาลชลประทาน พุทธศักราช 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2556 และ 2) พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พุทธศักราช 2559 รวมทั้งประกาศมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของ ศปช ส่วนต่าง ๆ
การเรียนการสอน	<ul style="list-style-type: none"> - พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 - เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2548 - กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

พันธกิจ	มาตรฐาน
การเรียนการสอน	<ul style="list-style-type: none"> - พ.ร.บ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2541 - ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการศึกษาระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2548 - พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 - เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 - มาตรฐานสากลสำหรับแพทยศาสตร์ศึกษา (World Federation for Medical Education) - ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2554
การวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - แนวทางการปฏิบัติจรรยาบรรณนักวิจัย พ.ศ. 2541 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ - ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยกองทุนส่งเสริมและพัฒนากิจการวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2559 - ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่องการรับการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนวิจัยและนวัตกรรม - ระเบียบโรงพยาบาลชลประทาน ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลชลประทาน พ.ศ. 2552

รูป OP-2 ตารางมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจของ ศปช

พันธกิจ	มาตรฐาน
การบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐาน ISO 9002 ได้รับการรับรองเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2543 - มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ ผ่านการรับรองเมื่อ 2552 และผ่านการ re-accreditation เมื่อ ปี 2556 (หลังปี 2557 สภาการพยาบาล ชลอบทบาทในการประเมินคุณภาพ) - มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ผ่านการรับรองเมื่อปี 2553และผ่านการ re-accreditation เมื่อ ปี 2556 - มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (HA) ผ่านการรับรองคุณภาพ เมื่อปี 2556 และผ่านการ Re-Accreditation เมื่อ 2558
การเรียนการสอน	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ตามมาตรฐานสากล WFME Global Standards, Basic Medical Educationโดยสถาบันรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ (สมพ.) ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2560-16 พฤศจิกายน 2565) - มาตรฐานประกันคุณภาพการศึกษากายใน ได้รับผลการรับรองในระดับดีขึ้นในทุกปีการศึกษา ตั้งแต่ ปีการศึกษา 2550-2558
การวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการรับรองมาตรฐาน SIDCER FERCAP ในวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

รูป OP-3 ตารางการได้รับรองมาตรฐานจาก 3 พันธกิจ

ข. ความสัมพันธ์ระดับองค์กร (Organizational Relationship)

(1) โครงสร้างองค์กร (Organizational Structure)

เพื่อให้การดูแลกำกับกิจการเป็นไปด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ได้มีการจัดโครงสร้างในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้การบริหารเป็นไปโดยใช้หลักธรรมาภิบาล จำนวน 3 คณะ และทีมงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ คือ

1. การกำกับภายในมหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ

1.2 คณะกรรมการอำนวยการ

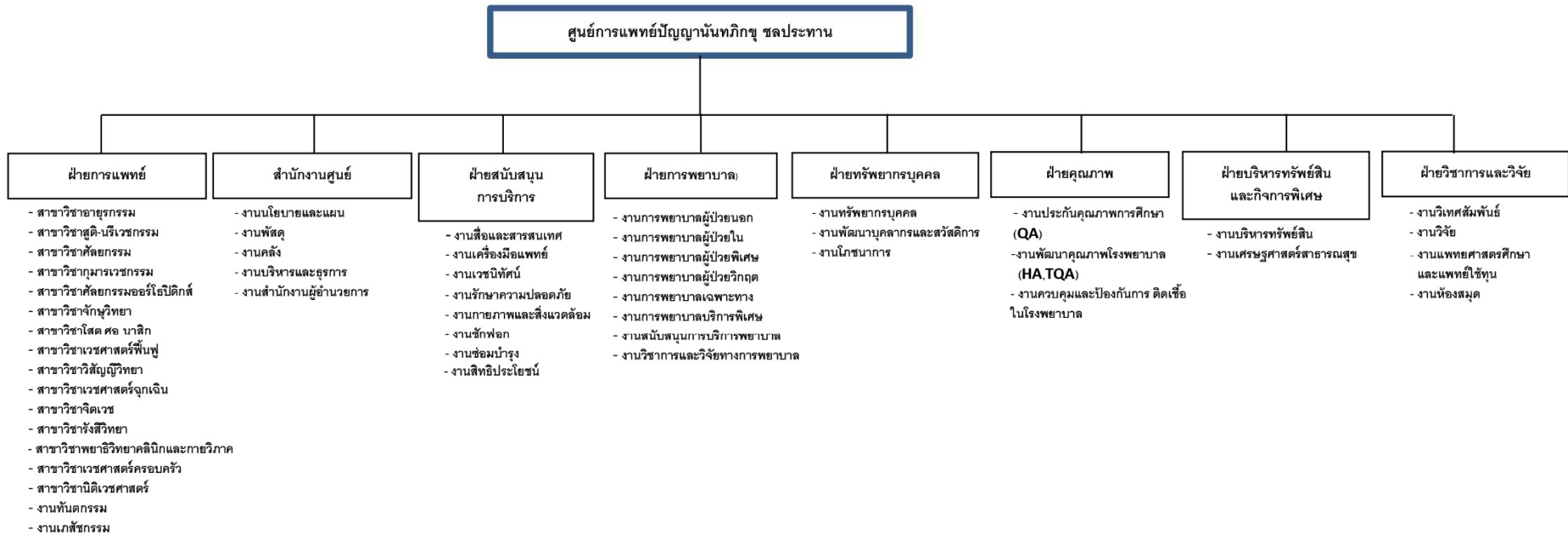
1.2 คณะกรรมการดำเนินงาน ซึ่งในคณะกรรมการชุดนี้ นอกจากจะประกอบไปด้วยผู้มีส่วนได้เสียจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ผู้แทนจากภาควิชาที่เกี่ยวข้อง) และยังมีผู้แทนจากชุมชน เช่น นายกเทศมนตรีเทศบาลนครปากเกร็ด และผู้อำนวยการสำนักชลประทานที่ 11 กรมชลประทานด้วย

2. การกำกับภายใน สปช

2.1 โครงสร้างองค์กร (รูป OP-4)

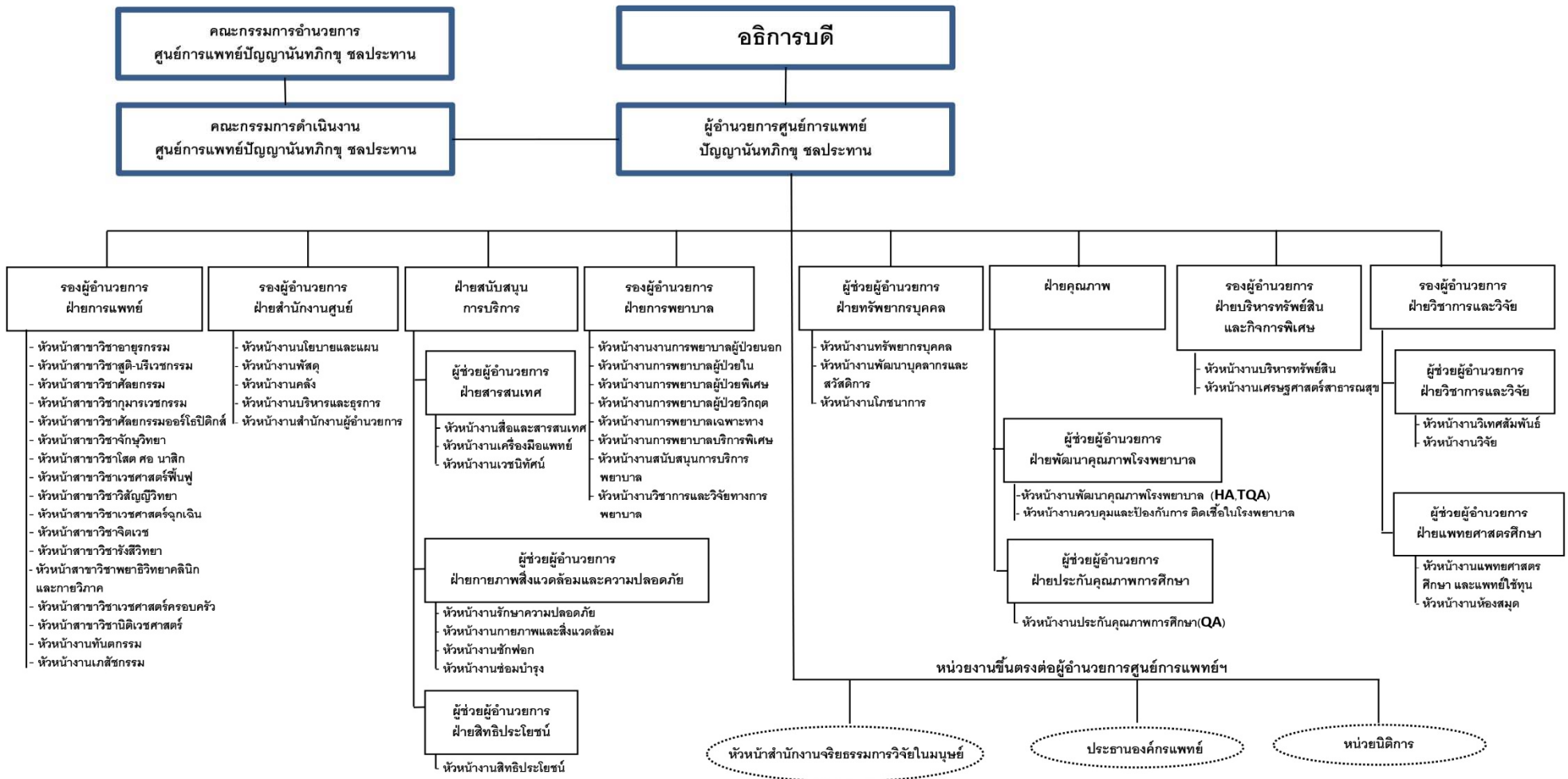
2.2 โครงสร้างการบริหารงานภายในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ((รูป OP-5)

โครงสร้างองค์กร



รูป OP-4 โครงสร้างองค์กร

โครงสร้างการบริหารงานภายในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



รูป OP-5 โครงสร้างการบริหารงาน

(2) ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customers and Stakeholders)

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

ชนิดลูกค้า	ความต้องการที่แตกต่าง
ด้านบริการสุขภาพ	
ผู้ป่วยวิกฤติ / ชุกเฉิน	ได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ทันทีที่จากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ป่วยนอกแยกเป็นกลุ่ม : ผู้ป่วยนัดหมาย : ผู้ป่วยไม่ได้นัดหมาย (มาเอง/ผิดนัด)	การนัดเป็นช่วงเวลา และกำหนดเวลานัดได้ ไม่ต้องรอนาน ทราบขั้นตอนการบริการ ได้ตรวจและรับยาอย่างรวดเร็ว one stop service การขอรับบริการและจองคิวผ่านระบบโปรแกรมอินเทอร์เน็ต
ผู้ป่วยใน	ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์-พยาบาลที่มีความชำนาญ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและความก้าวหน้า/การเปลี่ยนแปลง การดูแลด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ
ชุมชนในเขตรับผิดชอบ	องค์ความรู้/เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
กลุ่มผู้บริจาคและผู้มีอุปการคุณ	ความโปร่งใสในการใช้เงินบริจาคและใช้เงินตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาค และได้รับสิทธิพิเศษในการดูแลรักษา
ด้านการบริการการเรียนการสอน	
นิสิตแพทย์ มศว	ได้รับความรู้และทักษะตามหลักสูตร
ด้านการวิจัย	
ผู้วิจัย	ได้รับทุนวิจัย/งานวิจัยได้ดีพิมพ์เผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์/ได้รับรางวัล
ผู้ให้ทุนวิจัย	งานวิจัยได้ถูกนำไปต่อยอดใช้งาน/ต่อยอดเชิงพาณิชย์

รูป OP-6 ตารางลูกค้า

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ
สถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย	การสนับสนุนด้านวิชาการ,งบประมาณ,ทรัพยากรอื่น ๆ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม	ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิฯ ผู้ประกันตนอย่างมีคุณภาพจัดส่งข้อมูลที่ต้องครบถ้วน ทันเวลา
บริษัทประกันชีวิต	ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	- เป็นฐานการเรียนการสอน การวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์ - ต้องการบัณฑิตที่มีคุณธรรม รับผิดชอบ และมีความรู้ดี
ผู้ปกครองนิสิตแพทย์	นิสิตแพทย์ปลอดภัย เรียนจบและเป็นแพทย์ที่มีคุณภาพ
กรมชลประทาน	- ให้สิทธิพิเศษแก่ข้าราชการ/บุคลากร ในเรื่องห้องพิเศษ - ลดระยะเวลารอคอยในการตรวจรักษา

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ
	- ต้องการให้ผู้อยู่อาศัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ในกรมชลประทานเป็นประชากร UC ของ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
วัดชลประทานรังสฤษดิ์	จัดคลินิกบริการที่วัดชลประทาน ดูแลพระอาพาธ จัดหน่วยแพทย์ดูแลสุขภาพพระอาพาธ ที่วัดชลประทานฯ เมื่อมีกิจกรรมพิเศษ มีช่องทางบริการพิเศษและหอผู้ป่วยสำหรับสงฆ์ อาพาธ
ชุมชนโดยรอบ	มีการป้องกันไม่ให้เกิดมลพิษจากกระบวนการผลิตของ ศปช

รูป OP-7 ตารางผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(3) ผู้ส่งมอบและพันธมิตร (Suppliers and Partners)

กลุ่ม	หน่วยงาน	บทบาท/ความสัมพันธ์/กลไกการสื่อสาร (ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบ)	ความต้องการ
ผู้ส่งมอบ (Suppliers)	บริษัทจัดหาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ห้างร้านต่าง ๆ	Suppliers โดยมีการประสานงานผ่านงานพัสดุ	- ชำระหนี้ตามกำหนด - มีความเป็นธรรมในการจัดซื้อ-จัดจ้าง
	Lab นอก	ประสานการตรวจวินิจฉัย	ชำระหนี้ตามกำหนด
	บริษัทคู่ค้า จ้างเหมา (Out Source ต่างๆ)	อำนวยความสะดวก เพื่อให้การจัดบริการดีขึ้น	- ชำระหนี้ตามกำหนด - มีความเป็นธรรมในการจ้าง
พันธมิตร (Partners)	เทศบาลนครปากเกร็ด	สนับสนุนและร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน	-ให้การดูแลผู้ป่วยและอุบัติเหตุหมู่ในเขต -สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างหน่วยงาน
	สปสช. เขต 4 /จังหวัดนนทบุรี	สนับสนุนด้านข้อมูลและงบประมาณ เพื่อมุ่งสู่การเป็น Excellence Center	ส่งข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
	สสจ.	ในด้านบริการ เช่น ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการส่งต่อ	ให้ความร่วมมือด้านข้อมูลสุขภาพในจังหวัด
	คณะแพทยศาสตร์ มศว	นิสิตแพทย์ชั้น 프리คลินิก	มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนตามมาตรฐานหลักสูตร
	เครือข่าย โรงพยาบาล กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และ ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	เครือข่ายในการพัฒนาร่วมกัน	มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์
	สถาบันสมทบในการผลิตแพทย์	มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนโดยรับนิสิตไปฝึกงาน ความต้องการ ต้องการสิ่งสนับสนุนในการทำงานทางวิชาการ	

กลุ่ม	หน่วยงาน	บทบาท/ความสัมพันธ์/กลไกการสื่อสาร (ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบ)	ความต้องการ
	สถาบันยุทธศาสตร์ ทางปัญญาและวิจัย	- ประสานงานด้านการจัดทำสัญญา รับทุนของมหาวิทยาลัย/ทุนภายนอก - ประสานงานการจดสิทธิบัตร/ อนุสิทธิบัตร - สนับสนุนการให้ทุนตีพิมพ์และเผยแพร่ ผลงานวิจัยระดับนานาชาติ	มีผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน มีคุณค่า สามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์

รูป OP-8 ตารางผู้ส่งมอบและพันธมิตร (Suppliers and Partners)

2. สถานการณ์ขององค์กร (Organizational Situation)

สถานการณ์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร

ก. สภาพแวดล้อมด้านการแข่งขัน (Competitive Environment)

(1) ลำดับในการแข่งขัน (Competitive Position)

พันธกิจบริการสุขภาพ เทียบเคียงกับ THIP ระดับมหาวิทยาลัย

พันธกิจด้านการเรียนการสอน และการวิจัยไม่มีลำดับยังไม่ได้เปรียบเทียบกับสถาบันอื่น

(2) การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness Change)

ความสามารถในการแข่งขัน (Change)	ความท้าทายในการแข่งขัน (Challenge)
1. การเพิ่มอาคาร/การขยายพื้นที่/การคมนาคมภายนอก (รถไฟฟ้า)	1. มีการกำหนดศูนย์ความเป็นเลิศ 4 สาขา/ศูนย์ความ เชี่ยวชาญ 4 สาขา ซึ่งมีคู่แข่งใหม่เข้าสู่ตลาดทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชน
2. การออกนอกระบบทำให้ขั้นตอนกฎระเบียบ มีความคล่องตัว/กฎระเบียบบริหารพัสดุภาครัฐ ฉบับใหม่	2. เทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
3. การมีเกณฑ์มาตรฐานระดับนานาชาติ WFME, Sidcer Fercap มารับรองทำให้องค์กรภายนอกเกิดความเชื่อมั่น	3. ต้นทุนที่เพิ่มขึ้น 4. การเกษียณของแรงงานที่มีทักษะ

รูป OP-9 ตารางการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness Change)

(3) แหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Data)

ผลิตภัณฑ์	แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ
ด้านการบริการสุขภาพ	THIP, UHosNet, ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สปสช., เขต4 Service Plan, ตัวชี้วัด 4 สถานพยาบาล
ด้านการเรียนการสอน	- คู่เทียบภายใน : คณะแพทย์ในสังกัด มศว - คู่เทียบภายนอก

ผลิตภัณฑ์	แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ
ด้านการเรียนการสอน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนมีการประเมินการเรียนการสอนแต่ละสาขาภายหลังการสอนภายนอก การจัดระดับ (Ranking) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยไทย - การสอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของนิตินแพทย์
ด้านการวิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติ - คู่เทียบภายในประเทศ : คณะแพทย์ในสังกัด มศว - คู่แข่งภายในประเทศ : 4 สถานพยาบาล

รูป OP-10 ตารางแหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Data)

ข. บริบทเชิงกลยุทธ์ (Strategic Context)

จากการที่ ศปช ได้โอนย้ายสังกัดหลายครั้ง จนปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งยังคงเน้นการให้บริการเป็นหลักและค่อย ๆ เพิ่มงานบริการการเรียนการสอนและการวิจัย บุคลากรส่วนใหญ่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น บุคลากรนำอัตลักษณ์องค์กรตามนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม คือ “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” และแนวคิด “ยิ่งให้ ยิ่งได้” ของหลวงพ่อบุญญานันท์ภิกขุ มาเป็นหลักในการให้บริการอย่างมีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม ได้รับความเชื่อถือจากชุมชน การจัดทำกลยุทธ์ขององค์กรผู้นำระดับสูงขององค์กรกำหนดนโยบาย Change for the Better และส่งเสริมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เป็นนโยบายที่ทุกสาขา/ทุกงาน/ทุกหน่วยงาน นำไปเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาส่งเสริมให้มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เพื่อสร้างการนำการแข่งขัน

- ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ คือ 1) พัฒนาขีดความสามารถตามศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่สามารถเทียบเคียงกับสถาบันอื่นในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย 2) พัฒนาการเรียนการสอนแบบบูรณาการทางด้านคลินิกในรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL) 3) ส่งเสริมการสร้างผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ 4) พัฒนาการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ในด้านการบริหารจัดการต้นทุนการสรรหาคนให้เหมาะกับงาน และการถ่ายทอดองค์ความรู้ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge)

- ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ คือ 1) การออกนอกระบบทำให้การบริหารจัดการเกิดความคล่องตัว 2) การเพิ่มศักยภาพทางกายภาพทำให้เพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล 3) การผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับนานาชาติ WFME Sidcer Fercap ทำให้นิตินสามารถไปเรียนต่อต่างประเทศ และ Sidcer Fercap ทำให้งานวิจัยเป็นที่ยอมรับจาก วช., สวรส., สสส. และสร้างความเชื่อมั่นจากแหล่งทุน 4) การเป็นสมาชิก UHosNet ทำให้มีเครือข่ายเข้าสู่การพัฒนามาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ

ค. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ (Performance Improvement System)

ศปช ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับโครงสร้างการบริหารคุณภาพหลายครั้ง และนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- ทีมผู้บริหารติดตามการดำเนินงาน สร้างบรรยากาศในการพัฒนาคุณภาพโดยการทำ Leader Round รวมทั้งมีกิจกรรมผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ
- ส่งเสริมให้ทีมงานมหกรรมคุณภาพทุกปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพจากการใช้วงจรคุณภาพ PDCA/การทำกิจกรรม CQI ระหว่างหน่วยงานและทีมงานต่าง ๆ
- สนับสนุนให้มีการเยี่ยมสำรวจภายใน และการตามรอยของทีมนำระบบต่างๆ เพื่อกำกับและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานตามเข็มมุ่งของ ศปช
- ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้จากการทำงานประจำโดยทีมสหวิชาชีพ มีการทบทวนเวชระเบียน นำ Trigger Tools มาใช้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก การทำ Clinical Tracer การทำ Case Conference การทำ Morbidity/Mortality Conference เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน โดยการจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เช่น CoP Respirator, CoP Pain-management, CoP Nursing Process & Discharge Plan, CoP IC เป็นต้น
- มีการทำงานด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์โดยใช้หลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ มศว และใช้มาตรฐานในการเรียนการสอน การประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน WFME ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว มีการกำกับดูแลคุณภาพการเรียนการสอนโดยใช้มาตรฐานการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน (QA) มาตั้งแต่ ปีการศึกษา 2550-2558) และ AS-EdPex ปีการศึกษา 2559 เป็นต้นมา

หมวด 1 การนำองค์กร

1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ก. วิสัยทัศน์ ค่านิยม (VISION and VALUES)

(1) การกำหนดวิสัยทัศน์และค่านิยม (VISION and VALUES)

ในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม เป็นการกำหนดโดยทีมบริหารและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ก่อนหน้านี้ วิสัยทัศน์ของ ศปช เนื่อหาค่อนข้างยาว กว้าง ไม่เป็นรูปธรรม และจดจำยาก จึงได้มีการทบทวน ในปี 2560 โดยอาศัยบริบทองค์กรที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นวิสัยทัศน์ที่ตรงประเด็นและก่อให้เกิดแรงบันดาลใจให้กับบุคลากร โดยผู้บริหารได้แสดงบทบาทในการนำ สื่อสารและกำหนดภาพที่ต้องการเห็นในอนาคต แล้วให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการประชาพิจารณ์ จนได้วิสัยทัศน์ใหม่ว่า เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญา ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (A University Hospital of Wisdom Aspiring for excellence) และมีพันธกิจ 3 ด้าน คือ 1) การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งบริการวิชาการสู่สังคม 2) การจัดการเรียนการสอน ด้านแพทยศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น 3) การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ

ส่วนการกำหนดค่านิยม มาจากการระดมสมองในการประชุมจัดทำแผน โดยใช้ชื่อย่อของ ศปช PCCM: Panyanunthaphikkhu Chonprathan Medical Center เพื่อใช้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดำเนินการ เพื่อให้บุคลากรใช้ค่านิยมในการดำเนินงาน ซึ่งค่านิยมนั้น คือ ผลงานดี (Performance) มีทีมเด่น (Care Team) เน้นบริหาร (Merit/Management by fact) ผลานให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Continuing)

ในการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม มีการถ่ายทอดทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยการสื่อสารภายในองค์กรได้ถ่ายทอดผ่านการประชุมทำแผน และกำหนดตัวชี้วัดผ่านหัวหน้างาน ประชุมทีมบริหารและประชุมคณะกรรมการบริหาร ศปช ในการชี้แจงให้ทุกหน่วยงานนำสู่การปฏิบัติ รวมทั้งยังมีโครงการผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ (Leadership walk round) ของทีมผู้บริหาร ซึ่งจากการติดตาม พบว่า ทุกหน่วยงานมีการนำค่านิยมลงสู่การปฏิบัติ ส่วนการปฏิบัติตามแผนเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์และพันธกิจนั้น มีการสื่อสารโดยการถ่ายทอดผ่านการประชุมทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ การสื่อสารต่อประชาชนภายนอกองค์กร มีการจัดประชุมวิชาการและการสื่อสารผ่าน Media ต่าง ๆ รวมทั้งการเข้าร่วมประชุมในระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด และอำเภอ ได้รับการสนับสนุนมุ่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตาม Service Plan จากกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตาม Area based จากจังหวัด และการสนับสนุนการสร้างตึก และประชาสัมพันธ์ผ่าน Bill Board จากเทศบาล

(2) การส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม (Promoting Legal and ETHICAL BEHAVIOR)

ทีมผู้บริหารได้แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ในการทำงาน เช่น คณะกรรมการความเสี่ยง คณะกรรมการพัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คณะกรรมการการเงิน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ทั้งนี้ให้คณะกรรมการชุดต่าง ๆ ปฏิบัติงาน

โดยยึดระเบียบและข้อบังคับของมหาวิทยาลัย รวมทั้งระเบียบและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังมี การติดตามควบคุมกำกับ สม่่าเสมอ ตามหลัก Good Governance

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

หลักธรรมาภิบาล	พฤติกรรมการบริหารงาน	ตัวชี้วัด
หลักประสิทธิผล	การบริหารงานโดยยึดหลัก KPI ของแผนยุทธศาสตร์ และ KPI ระดับบุคคล	- ร้อยละการบรรลุความสำเร็จตามแผนกลยุทธ์
หลักประสิทธิภาพ	- การวิเคราะห์สถานะการเงินของ ศปช	- ค่า current ratio/ค่า Quick Ratio
หลักการตอบสนอง	- การประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก - ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน
หลักความรับผิดชอบต่อ	- การรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลโดยใช้หลัก Patient Safety - การช่วยเหลือสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบต่อ ศปช	- จำนวนครั้งของการเกิด Sentinel Event ที่โรงพยาบาลกำหนด - ร้อยละแผนงาน/โครงการบริการวิชาการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ - ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย
หลักความโปร่งใส	- ระบบตรวจสอบการเงินจากผู้ตรวจสอบบัญชีภายนอก	- ผลการตรวจสอบบัญชีผ่านเกณฑ์
หลักการมีส่วนร่วม	- ภายใน ร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ :ประกาศปณิธานมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม - ภายนอก สอบถามความต้องการของชุมชนเพื่อจัดโครงการบริการวิชาการที่ตอบสนองความต้องการ	- ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการจัดทำแผน - จำนวนโครงการบริการวิชาการที่ ศปช จัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน
หลักการกระจายอำนาจ	ผู้อำนวยการ ศปช มีการกระจายอำนาจไปยังรองผู้อำนวยการและผู้ช่วยผู้อำนวยการให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทรัพยากรและการปกครองหน่วยงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย	- ผลการปฏิบัติงานรายบุคคลของรองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
หลักนิติธรรม	การบริหารโดยยึดหลักเกณฑ์และกฎระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยและ ศปช	- อัตราข้อร้องเรียนการทำผิดระเบียบของมหาวิทยาลัย
หลักความเสมอภาค	การให้บริการผู้ป่วยโดยไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนา เพศ อายุ สถานะ	- อัตราการร้องเรียนด้านจริยธรรม
หลักมุ่งเน้นฉันทามติ	- มีคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมกำกับนโยบายและการดำเนินการของ ศปช	- คะแนนการประเมินความพึงพอใจทีมผู้บริหารศูนย์การแพทย์ฯ

รูป 1.1-1 ตารางแนวทางการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล

ข. การสื่อสาร (Communication)

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 สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และค่าเล่าเรียนบุตร รวมทั้งยังให้ความสำคัญต่อเนื่องไปถึงการกำหนดเป็นนโยบายอีกด้วย มีการจัดตั้งคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในและมอบหมายให้ลงเยี่ยมหน่วยงานเพื่อสื่อสารนโยบายและวิสัยทัศน์ แล้วนำผลการประเมินมาทบทวน ปีละ 2 ครั้ง จัดให้มีการประชุมที่ผู้บริหารทุกสัปดาห์ เพื่อสื่อสารและรับฟังปัญหาเร่งด่วน และนำประเด็นต่าง ๆ เข้าปรึกษาเพื่อหาความเห็นชอบ จากที่ประชุม คณะกรรมการบริหาร ศปช และ คณะกรรมการดำเนินงาน ศปช ทุกเดือน หากที่ประชุมมีเรื่องเร่งด่วนที่ต้องการสื่อสารกับบุคลากร มีการสื่อสารโดยทำจดหมายข่าว เพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ คือ การโทรศัพท์ การมาพบที่ห้องนอกเวลาราชการ และการสื่อสารผ่าน Line เฉพาะกลุ่ม ทำให้สามารถสื่อสารได้รวดเร็ว โต้ตอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการสื่อสารกับลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความมั่นใจต่อบริการของ ศปช มีการจัดทำ Website / Facebook/Line ของ ศปช เพื่อสื่อสารการบริการของ ศปช และข่าวสารเกี่ยวกับกิจการภายในต่อสาธารณชน เช่น โครงการพัฒนาบุคลากร โครงการ อสม.จิต การออกหน่วยแพทย์พระราชทาน การจัดสอนช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้กับหน่วยงานกรมชลประทาน โรงเรียนชลประทานวิทยาและโรงเรียนชลประทานสงเคราะห์ รวมทั้งพระภิกษุและจิตอาสาของวัดชลประทานรังสฤษดิ์ 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 ปรับเปลี่ยนการทำงานของทีมงานบริหารโดยประชุมทุกวัน พุธสัปดาห์ เริ่ม 08.30-10.30 น. เพื่อแก้ปัญหาของ ศปช ทบทวนการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอกที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินการของ ศปช และวางแนวทางแก้ไขปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ขององค์กร นำมาตรฐาน TQA มาใช้ในการบริหาร ทีมบริหารทุกคนเข้าอบรม Criteria TQA ใช้หลักการมาภิบาล โดยทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ ตรวจสอบได้และมีส่วนร่วม มีการควบคุมต้นทุนในรูปแบบของคณะกรรมการ 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 ทีมนำมีการประเมินความเสี่ยง (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 และคาดหวังว่าการสร้างวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรเพื่อมุ่งเน้นลูกค้าโดยการกำหนดอัตลักษณ์องค์กรตามโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” จะสนับสนุนการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้วยความภาคภูมิใจจากการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านผู้มารับบริการผลลัพธ์การรักษาและผลประกอบการ พบว่า สถิติผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ผลลัพธ์ด้านการรักษาดีขึ้น/แย่งลง และผลประกอบการเป็นลบอยู่ 3 ศูนย์ความเป็นเลิศ คือ 1) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ 2) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระแสโลหิต 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 ในระดับโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล มีการกำหนดประเด็นที่ผู้บริหารต้องผ่านการเรียนรู้เช่น 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

ยุทธศาสตร์	ค่านิยม	การนำสู่การปฏิบัติ
• เป็นเลิศทางการแพทย์	Performance	มีผลงานที่ดีและมีคุณภาพ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ
• โรงพยาบาลคุณธรรม	Care Team	การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม
• บริหารอย่างมีประสิทธิภาพ	Merit / Management by fact	มีความโปร่งใส มีธรรมาภิบาล มีข้อมูลสนับสนุน
	Continuity	มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

รูป 1.1-2 ตารางยุทธศาสตร์ ค่านิยม และการนำสู่การปฏิบัติ

ตัวอย่างสำคัญ เช่น ทีมนำได้มีการนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินการขององค์กรนำสู่การกำหนดจุดเน้น เช่น พบว่า ศปช มีปัญหาด้านการเงิน รายรับน้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย จึงกำหนดจุดเน้นเพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย โดยให้ทุกหน่วยงานนำ Lean และ CQI มาใช้ในการปรับปรุงผลการดำเนิน มีการดำเนินการเรื่อง Unit Cost มีการจำกัดการใช้นานอภัญชียาหลักแห่งชาติ กำกับตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ โดยมีการกำกับตามแผนปฏิบัติ มีการทบทวน Risk เพื่อแก้ไขให้ทันเหตุการณ์ ทำให้การควบคุมรายจ่ายดีขึ้น สถานะทางการเงินดีขึ้นตามลำดับ

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 ไม่ตัดเงินเพิ่มพิเศษเพื่อการแข่งกันทางการตลาดและไม่ลดค่าตอบแทนนอกเวลาราชการของบุคลากร 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 โดยมีผู้แทนของสาขาวิชาชีพ 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 จากวัดชลประทานรังสฤษดิ์และวัดอื่น ๆ

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

ในการติดตามแผนกลยุทธ์ มีการติดตามในคณะกรรมการบริหาร รายงานทุกไตรมาส ผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน คือ งานนโยบายและแผน

ด้านการเงิน มีการประชุมเดือนละครั้ง

- ติดตาม รายรับ – จ่าย

- ประเมินประสิทธิภาพ ทั้งการวิเคราะห์ลูกค้า/การจัดการ segment ลูกค้า การติดตามภาระหนี้ (โดยเฉพาะด้านยา)

- การเพิ่มรายรับ – ควบคุมรายจ่าย มีการปรับอัตราเรียกเก็บ ปรับจุกด์รับเงินเพิ่ม เพื่ออำนวยความสะดวก มีการควบคุมวัสดุการแพทย์, วัสดุวิทยาศาสตร์ เริ่มเห็นแนวทางในการลดต้นทุน หนี้มวลรวมเริ่มมีแนวโน้มลดลง ทำให้ผลกระทบปัญหาด้านยาดีขึ้น สวัสดิการสำหรับบุคลากรดีขึ้น มีประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการด้านการเงินดีขึ้น

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 และประสิทธิผลขององค์กร

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 การบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ การมีรั้วไซเคิลขยะ 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 โดยสาระสำคัญเกี่ยวกับระบบและกลไกการประกันคุณภาพการศึกษา โดยใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ใช้กฎระเบียบข้อบังคับโดยแพทยสภา ด้านการวิจัย ใช้ระเบียบว่าด้วยเรื่องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(2) การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม (ETHICAL BEHAVIOR)

บุคลากรในองค์กรประพฤติปฏิบัติตามกฎระเบียบของแต่ละวิชาชีพ นอกจากนี้ องค์กรยังมีนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม ซึ่งแต่ละหน่วยงานกำหนดพฤติกรรมและอัตลักษณ์ตามที่หน่วยงานตนเองกำหนดส่งผลให้ลดข้อขัดแย้งและข้อร้องเรียนระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กรณีมีข้อร้องเรียนหรือข้อขัดแย้งจากช่องทางการรับฟังข้อร้องเรียนหรือการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก 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 ร่วมกับเทศบาลในการกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน ระบบบำบัดน้ำเสีย รวมทั้งการออกหน่วยแพทย์พระราชทานในชุมชนที่ห่างไกล การจัดคลินิกให้บริการที่วัดชลประทาน และการออกหน่วยตรวจโรคตาให้กับกองสลาก เป็นต้น

(2) การสนับสนุนชุมชน (Community Support)

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

หมวด 2 กลยุทธ์ (Strategy)

2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development PROCESS)

(1) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning PROCESS)

ศปช ได้เริ่มการวางแผนกลยุทธ์ตั้งแต่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อโอนย้ายมาสังกัดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้มีการวางแผนกลยุทธ์ระยะยาว 15 ปี (ปี 2551-2566) แต่เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านซึ่งผู้เกี่ยวข้องอาจยังไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้แผนกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นได้รับการตอบสนองไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีการปรับแผนเป็นระยะ เช่น ในปี 2557 ได้มีการปรับแผนยุทธศาสตร์ เป็น 3 ระยะ โดยกำหนดเป็นระยะละ 5 ปี ซึ่งขณะนั้นอยู่ในช่วงแผนยุทธศาสตร์ระยะกลาง (2557-2561) ก่อให้เกิดการเรียนรู้กับที่มำและผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ บทเรียนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ขั้นตอนสำคัญในการจัดทำแผน จากเดิมการทำแผนยุทธศาสตร์ไม่ได้มีการคัดเลือกปัญหาที่แท้จริงขององค์กร มีเพียงการนำปัญหาของหน่วยงานที่เป็นงานประจำมาทำแผนเปลี่ยนเป็นเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นว่า อะไรคือปัญหาที่สำคัญที่สุดจากระดับงานแล้วคัดเลือกปัญหาที่น่าเสนอ โดยมีการให้คะแนนและถ่วงน้ำหนักโดยคณะกรรมการบริหาร ศปช ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกโฉมของ ศปช เนื่องจาก ศปช ต้องทบทวนแผนยุทธศาสตร์ของ ศปช ให้สามารถตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ชาติและแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้ นอกจากนี้แล้ว ยังมีแผนที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสาธารณสุขที่ต้องตอบสนองต่อแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้สถานพยาบาลมีการบริการที่มุ่งสู่ศูนย์ความเป็นเลิศในด้านต่างๆ ที่สถานพยาบาลสามารถทำได้ หากข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการวางแผน ไม่เพียงพอ หรือมีอคติ จะส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดแผนได้ จึงมีการรวบรวมข้อมูลด้านการดำเนินการด้านบุคลากรและให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ นอกจากนี้ตอบโจทย์การเรียนการสอนและการวิจัย โดยในปีล่าสุดได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลนำเข้ดังต่อไปนี้

- การรวบรวมข้อมูล ผลการปฏิบัติงาน สถิติต่าง ๆ ใน ศปช

- ผลการสำรวจ Online

- ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นของลูกค้า

- ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจขององค์กรภายนอกต่าง ๆ

- นโยบายชาติที่เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมจากการเปลี่ยนแปลงของแผนยุทธศาสตร์ชาติ Thailand

4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ 15 ปี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒขององค์กร

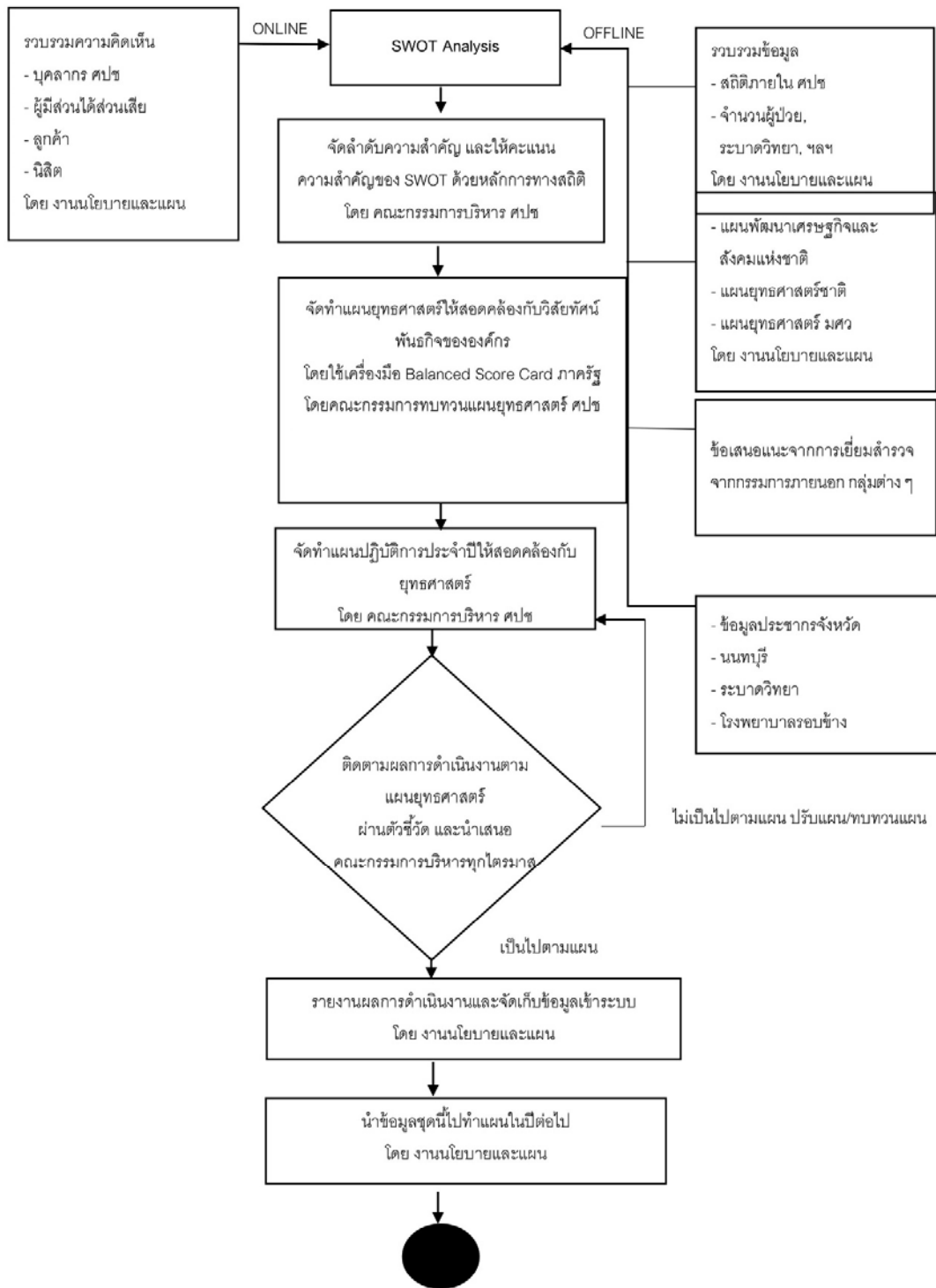
- สถิติประชากรในจังหวัดนนทบุรี

- ระบาดวิทยาของพื้นที่รับผิดชอบ และพื้นที่ใกล้เคียง

- การทบทวนผลการดำเนินงาน

- จุดอ่อนด้านการเงิน

Flow Chart แสดง กระบวนการวางแผนกลยุทธ์



รูป 2.1-1 กระบวนการวางแผนกลยุทธ์

การปรับแผนยุทธศาสตร์สามารถทำได้เองอย่างคล่องตัว เนื่องจาก ศปช. มีระเบียบการบริหารเป็นของตนเอง (ระเบียบการบริหาร ศปช. พ.ศ. 2551 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556) หากมีความจำเป็นต้องปรับแผนยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น จะมีการประชุมของคณะกรรมการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ เสนอต่อที่บริหาร ศปช. ที่มีการประชุมทุกสัปดาห์ และเสนอต่อคณะกรรมการดำเนินการ ศปช. เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติในการปรับแผนยุทธศาสตร์ต่อไป ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารกำหนดนโยบาย Change for the Better กำหนดจุดเน้นเพิ่มรายรับลดรายจ่าย กระตุ้นให้มีการทำ Lean แต่พบว่า มีเพียงการปรับกระบวนการและลดขั้นตอน ต่อมาจึงได้ทบทวน Unit Cost ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการในการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับอัตราค่าบริการ ปรับปรุงระบบ Inventory ปรับระบบ Flow ด้านหน้า เกิดนวัตกรรม เช่น การทำบัตรคิวสีส้ม สำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่มีอุปการคุณ เป็นต้น

ในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ หากมีกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน ผู้รับผิดชอบโครงการ จะมีการแจ้งมาที่งานนโยบายและแผน หากเป็นแผนปฏิบัติการที่เร่งด่วนและสำคัญ สามารถแจ้งที่บริหาร ศปช. มีการประชุมทุกสัปดาห์เพื่อตัดสินใจและปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ได้

(2) นวัตกรรม (INNOVATION)

โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญของ ศปช. คือ 1) การเข้าร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) ทำให้องค์ประกอบสำคัญ คือ ความรู้และบุคลากร ได้รับการพัฒนา เกิดความร่วมมือทั้งด้านการเรียนการสอน การบริหารด้านการพยาบาลของพยาบาล การดำเนินการเรื่องยา เช่น RDU ทำให้สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว พัฒนาการเรียนการสอนแพทย์ครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยครบวงจร 2) การเข้าร่วมลงนามทำสัญญาระหว่างมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุขในการทำ Service Plan เพื่อวางแผนการดูแลประชาชนร่วมกันโดยแบ่งตามเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เราได้นำกลยุทธ์พัฒนา Excellent Centers ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมาพัฒนาบริการของ ศปช. และเพิ่มโอกาสในการได้งบประมาณเพิ่มจากรัฐบาล

(3) การพิจารณากลยุทธ์ (Strategy Considerations)

มีการสำรวจความเห็นของบุคลากร ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Online ก่อนการจัดทำแผนเพื่อวิเคราะห์ TOWS Matrix ให้เห็นภาพสถานการณ์ของ ศปช. ที่ชัดเจนก่อน สำหรับข้อมูลสารสนเทศที่นำมาใช้ในการวางแผน ได้มีการพัฒนาและทบทวนอย่างต่อเนื่องโดยคณะกรรมการสารสนเทศของ ศปช. เพื่อให้ข้อมูลน่าเชื่อถือ มีข้อมูลเปรียบเทียบตาม THIP และ 4 สถาบัน เพื่อให้เห็นตัวตนที่แท้จริง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน นำไปกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ตามที่ปรากฏในบริบทเชิงกลยุทธ์

- ความเสี่ยงที่คุกคามต่อความสำเร็จขององค์กร คือ ความพร้อมต่อการเป็น Excellent Center ในด้านการเงินและการจัดหาครุภัณฑ์ที่สำคัญในการบริการ

- จุดบอดที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการวางแผนและสารสนเทศ คือ การรับรู้ที่ไม่เท่ากันของผู้เกี่ยวข้อง และความเข้าใจในนิยามในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่ตรงกัน (บุคคลากร)

- ความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของแผนและความเข้าใจในเป้าหมายของผู้เกี่ยวข้อง

(4) ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร (WORK SYSTEMS and CORE COMPETENCIES)

ระบบงานสำคัญของ ศปช แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- ระบบการบริหาร เช่น การนำองค์กร การบริหารเชิงกลยุทธ์

- ระบบบริการ มี 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วย ระบบการเรียนการสอน ระบบงานวิจัย

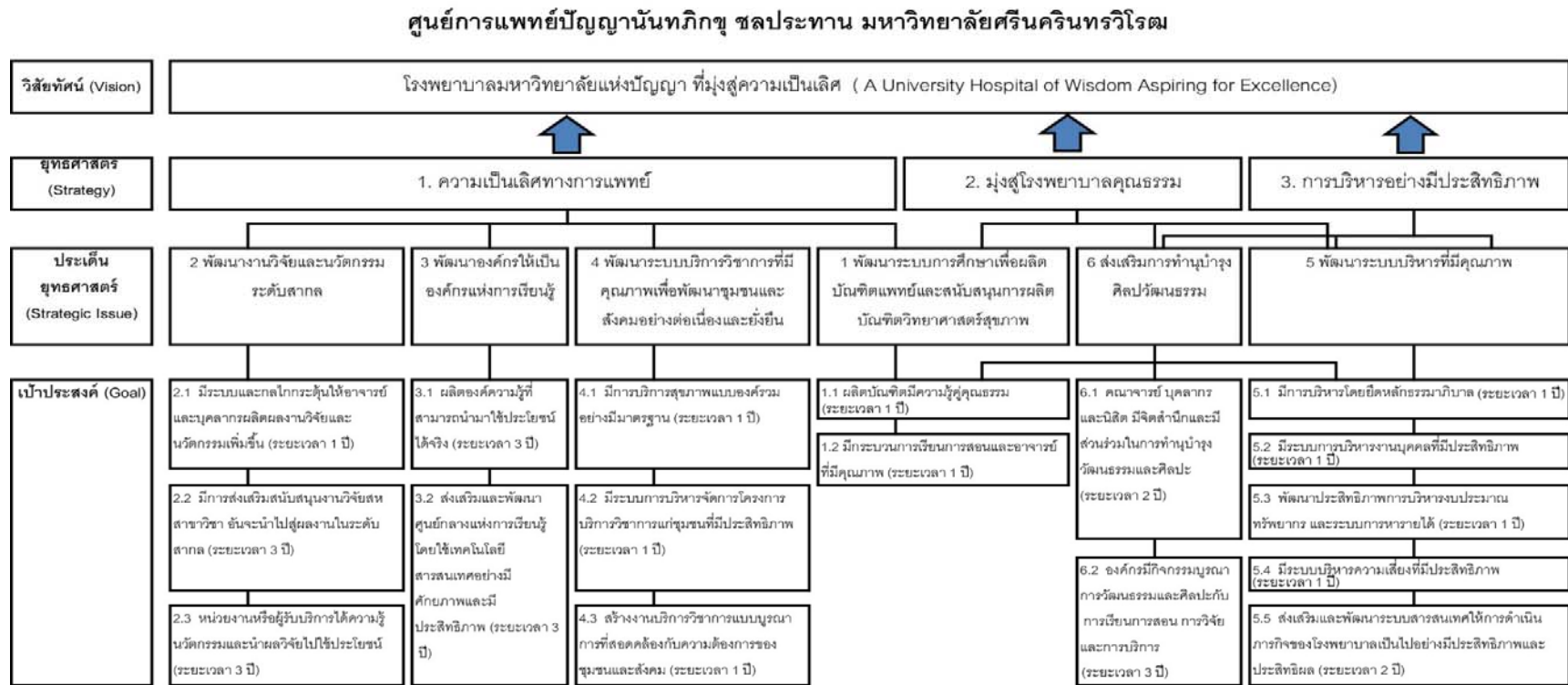
- ระบบงานสนับสนุน เช่น การบริหารความเสี่ยง

แต่ละระบบงานสำคัญมีการจัดกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญเพื่อให้การดำเนินการมีความคล่องตัว ถูกต้อง และเหมาะสม โดยกำหนดหรือเลือกหน่วยงานที่มีภารกิจตามที่ต้องรับผิดชอบเฉพาะดูจาก Core Competency ของหน่วยงานเฉพาะนั้น ๆ ตามรูป 6.1-1 หากกระบวนการหรือกระบวนการใดที่ ศปช มาสามารถดำเนินการได้จะหา Outsource ที่มีศักยภาพดำเนินการแทน

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (STRATEGIC OBJECTIVES)

(1) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ (KEY STRATEGIC OBJECTIVES)

ศพข มีกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตามรูป 2.1-1 มีการกำหนดเป้าประสงค์และวางกรอบเวลาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น



รูป 2.1-2 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และระยะเวลาคาดการณ์

(2) การพิจารณาวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (STRATEGIC OBJECTIVES Considerations)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สามารถสร้างสมดุลที่เหมาะสมระหว่างความต้องการที่หลากหลายและการแข่งขันกันเองในองค์กรได้ โดยการนำ SWOT Online จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาจุดอ่อนจุดแข็ง เพื่อหาโอกาสพัฒนาเชิงกลยุทธ์ ให้เครื่องมือ Balanced Scorecard ในการวัดผล ปรับกรอบในการทำ SWOT ให้ครอบคลุมทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกแบบปลายเปิด แล้วผู้บริหารนำมา Ranking เป็นปลายเปิด นำข้อมูลมาจัดลำดับเพื่อประกอบการจัดแผนระยะสั้นและระยะยาว

ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลัก (Core Competencies) ที่มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางหลากหลายสาขา มีความสามารถให้บริการได้ระดับตติยภูมิและความเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำให้เกิดกลยุทธ์สร้างบริการที่เป็นเลิศ Excellent Centers ตาม Service Plan และความเชี่ยวชาญ

สร้างความสมดุลระหว่างระหว่างกรอบเวลาระยะสั้นและยาวโดยการทำ Road map ทำแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยพิจารณาจากความสามารถหลักที่มีอยู่และจะมีในอนาคตร่วมกับงบประมาณที่ได้รับ คำนึงถึงและสร้างสมดุลระหว่างความต้องการของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด จากนโยบายระดับชาติ ระดับมหาวิทยาลัย ข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ของ ศปช ทั้งด้านบริการสุขภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านการวิจัยและอำนวยการพัฒนารวมไทย โดยแบ่งสัดส่วนให้ระดับชาติ มหาวิทยาลัย 30% ของ ศปช 70%

2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (ACTION PLAN Development and DEPLOYMENT)

(1) แผนปฏิบัติการ (ACTION PLAN)

แผนปฏิบัติการของ ศปช แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ แผนปฏิบัติการตามเงินงบประมาณ และแผนปฏิบัติการตามเงินรายได้ โดยแผนเงินงบประมาณเป็นแผนการลงทุนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล ส่วนแผนเงินรายได้เป็นแผนพัฒนาระบบงานและบริการที่เบิกจ่ายจากเงินรายได้ของ ศปช การจัดทำแผนทั้ง 2 กลุ่ม จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์องค์กรตามแผนกลยุทธ์ของ ศปช ซึ่งได้มาจากการทำ SWOT analysis โดยแบ่งเป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว เช่น โรงพยาบาลคุณธรรม การพัฒนาอาจารย์ การวิจัย

(2) การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ (ACTION PLAN Implementation)

การถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผน โดยมีการจัดทำแบบมีส่วนร่วม มีผู้แทนจากทุกสาขาวิชา ทุกงานและทุกทีมนำเข้าร่วมในการจัดทำแผน ซึ่งจะมีทั้งการกำหนดช่วงเวลาในการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบหลัก งบประมาณ และหลังจัดทำแผนมีการประชุมเพื่อทำประชาพิจารณ์อีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ก่อนนำลงสู่การปฏิบัติจะต้องผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการดำเนินงาน ศปช หลังจากนั้นจะทำเป็นรูปเล่มเพื่อสื่อสารไปยังทุกหน่วยงาน/งาน มีการชี้แจงผ่านคณะกรรมการบริหาร ศปช แล้วมีการรายงานความก้าวหน้าเป็นระยะ

(3) การจัดสรรทรัพยากร (Resource Allocation)

ในการพิจารณาในการจัดสรรทรัพยากร ทีมผู้บริหารจะพิจารณางบประมาณทั้งสิ้นว่ามีความสามารถในการดำเนินการได้เพียงไร มีการจัดสรรโดยคำนึงถึงทั้งบุคลากร เงินและสิ่งของ วัสดุครุภัณฑ์ แม้ปัจจุบันภาวะทางการเงินของ สปช จะไม่คล่องตัว แต่ผู้บริหารก็ได้มีวิธีการหาเงินรายได้เพิ่มจากบริการ ทำ Unit cost เพื่อลดต้นทุนหาเงินบริจาค และหางบประมาณจากส่วนต่าง ๆ เช่นจากมหาวิทยาลัย จากสำนักงานงบประมาณ และงบ Area Base เพื่อให้บุคลากรมั่นใจว่ามีความมั่นคงและสามารถพัฒนา สปช ต่อไปได้ตามแผนปฏิบัติและแผนกลยุทธ์

(4) แผนด้านบุคลากร (WORKFORCE Plans)

เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ มีการกำหนดแผนด้านบุคลากร ทั้งการสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอและการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร โดยมีการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการได้ ในด้านการบริการสุขภาพ มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ตามที่กำหนด ทั้งนี้แผนบุคลากรจะต้องมีความสอดคล้องกันทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ด้านการเรียนการสอนมีแผนพัฒนาบุคลากรโดยมีการวางแผนอัตรากำลังของอาจารย์ 10 ปี มีการวางแผนพัฒนาด้านแพทยศาสตร์ คือ 1) ส่งอาจารย์ไปเรียนด้านแพทยศาสตรศึกษาที่ต่างประเทศ เพื่อกลับมาเป็นครูพี่เลี้ยง 2) การอบรมระยะสั้นสำหรับอาจารย์ใหม่ 3) การ refresh อาจารย์เดิมในจุดอ่อนของตนเอง และ(3) ด้านการวิจัย มีแผนพัฒนาบุคลากร คือ 1) ส่งอาจารย์ไปเรียนปริญญาเอกด้านวิจัยเพื่อกลับมาเป็นพี่เลี้ยง 2) อบรมนักวิจัยมือใหม่ 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้หัวข้องานวิจัย 4) จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย

(5) ตัววัดผลการดำเนินการ (PERFORMANCE MEASURES)

การวัดผลการดำเนินการ มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อวัดผลการดำเนินการตามแผน คือ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการตามแผน มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่แต่ละระดับ และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามความก้าวหน้า

(6) การคาดการณ์ผลการดำเนินการ (PERFORMANCE PROJECTIONS)

จากการติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามลักษณะของตัวชี้วัด เช่น ทุกเดือน ทุกไตรมาส หรือปีละ 2 ครั้ง จะทำให้สามารถคาดการณ์ผลการดำเนินการได้ อย่างไรก็ตามการติดตามเฉพาะตัวเองจะไม่สามารถนำสู่การพัฒนาที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศได้ จึงควรมีการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่ง สปช ได้นำตัวชี้วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP: Thailand Hospital Indicator Project) ของ สรพ เพื่อเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน และได้สร้างเครือข่ายเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับ 4 สถาบันหลัก ได้แก่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ศูนย์การแพทย์พระเทพฯ องครักษ์และ สปช มีกระบวนการเทียบเคียงตัวชี้วัดโดยทีมบริหาร สปช พิจารณาผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด เพื่อนำมาปรับกระบวนการทำงาน

ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ (ACTION PLAN Modification)

หากเกิดสถานการณ์ระหว่างปีที่มีความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปจากแผนปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ ทีมบริหารมีการประชุมร่วมประจำสัปดาห์เพื่อประเมินสถานการณ์ หรือมีนโยบายจากภายนอก ทีมบริหารจะมี

การปรับเปลี่ยนแผน โดยถ้ามีการปรับเปลี่ยนในแผนยุทธศาสตร์ต้องมีการขออนุมัติในคณะกรรมการดำเนินงาน ศปช เมื่อได้แนวทางแล้ว จะมีการประกาศและสื่อสารลงสู่การปฏิบัติต่อไป เช่นการจัดเก็บรายได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สามารถปรับเปลี่ยนแผนได้ อาจจะได้โดยชะลอการดำเนินการ หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินการได้ โดยที่ผู้บริหารมีการชี้แจงเหตุผลและกำหนดเป็นนโยบาย เมื่อสถานการณ์ดีขึ้นก็ให้ดำเนินการต่อ หรือเมื่อรับทราบข้อมูลว่ามีโรงพยาบาลที่ทำโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมแล้วเจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น รวมทั้งมีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถจัดงานรื่นเริงได้ ในช่วงปลายปี 2559 ศปช จึงจัดโครงการทำความดีเพื่อพ่อแทน และเมื่อพบว่าโครงการธรรมทายาท สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับทางวัดชลประทานและช่วยพัฒนาบุคลากรได้ ก็มีการอนุมัติให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง เป็นต้น

หมวด 3 ลูกค้ำ

3.1 เสียงของลูกค้า (Voice of the Customer)

ก. การรับฟังลูกค้า (CUSTOMER Listening)

(1) ลูกค้าในปัจจุบัน (Current CUSTOMERS)

ศปช จำแนกกลุ่มลูกค้าเป็น 3 กลุ่ม ตามพันธกิจ ดังที่ระบุไว้ในโครงสร้างองค์กร การรับฟังลูกค้าในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ รับฟังความคิดเห็น ประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และประเมินความผูกพัน โดยใช้ช่องทางดังรูป 3.1-1 ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งการรับฟังเสียงลูกค้า และสื่อสารข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาและประชาสัมพันธ์องค์กร นอกจากนี้ ข้อคำถามในแบบประเมินก็ทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการปรับปรุงบริการ เช่น “ท่านเห็นว่าควรปรับปรุงคุณภาพบริการอะไรบ้าง กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด” เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์	กลุ่มลูกค้า	ช่องทางการสื่อสาร/ กิจกรรม	ระยะเวลา
การบริการ สุขภาพ	- ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน - ผู้ป่วยนอกแยกเป็นกลุ่ม : ผู้ป่วยนัดหมาย : ผู้ป่วยไม่ได้นัดหมาย (มาเอง/ผิคนัด) - ผู้ป่วยใน - กลุ่มผู้บริจาคและผู้มีอุป การคุณ	1. แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ 2. ผู้รับข้อคิดเห็น 3. การพูดคุยสอบถามขณะปฏิบัติงาน 4. จากกลุ่มบุคคลภายนอกที่เข้าร่วมกิจกรรมใน ศปช เช่น พระสงฆ์ในโครงการคลินิกพระคุณเจ้า/จิตอาสาที่ มาร่วมปฏิบัติงาน 5. หน่วยประชาสัมพันธ์ 6. สื่อสังคม Online : Facebook/ Twitter/ Line/ Instagram/ You Tube 7. สายตรงผู้บริหาร และการเข้าพบผู้บริหาร 8. ช่องทางรับฟังคิดเห็นผ่านระบบดิจิทัล (QR Code) 9. รับฟังความคิดเห็นนอกสถานที่ 10. จากคณะกรรมการเครือข่ายประชาสัมพันธ์และ สื่อสารองค์กร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	1. ปีละ 1- 2 ครั้ง 2. เปิดตู้ทุกสัปดาห์ 3. ทุกวัน 4. ทุกวัน 5. ทุกวัน 6. ทุกวัน 7. ทุกวัน 8. ทุกวัน 9. ปีละ 1- 2 ครั้ง 10. ทุกวัน
	- ชุมชนในเขตรับผิดชอบ	1. การสอบถามขณะเยี่ยมบ้านงานเวชศาสตร์ ครอบครัว 2. การเข้าร่วมประชุม เช่น ประชุม CUP Board ประชุม เทศบาลนครปากเกร็ด ประชุมในระดับจังหวัด 3. สื่อสารผ่านชุมชน เช่น คลินิกกิตติขจร บ้านคุณธรรม อาสาสมัครประจำครอบครัว Care giver อสม. ผู้นำ ชุมชน	1. ทุกวัน 2. ตามรอบการประชุม 3. ทุกวัน

ผลิตภัณฑ์	กลุ่มลูกค้า	ช่องทางการสื่อสาร/ กิจกรรม	ระยะเวลา
การเรียนการสอน	นิสิตแพทย์ มศว	<ol style="list-style-type: none"> แบบสำรวจความคาดหวังของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ แบบประเมินออนไลน์ <ol style="list-style-type: none"> แบบประเมินความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน แบบประเมินความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม สื่อสังคม Online เช่น กลุ่ม Line/ Facebook แบบประเมินการสอนภาคปฏิบัติของอาจารย์ (Home Visit, OPD, PCU, พศก.581) ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ผ่านเจ้าหน้าที่งานแพทยศาสตรศึกษา มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลภายนอก 	ทุกรอบการเรียนของนิสิตแพทย์ในแต่ละสาขา (Rotation)
การวิจัย	- ผู้วิจัย	<ol style="list-style-type: none"> แบบสำรวจความต้องการของนักวิจัย/ อาจารย์ แพทย์/ บุคลากร ประเมินความพึงพอใจ Online หลังจากรับบริการจากงานวิจัย 	<ol style="list-style-type: none"> ปีละ 2 ครั้ง ทุกครั้งหลังรับบริการ
	- ผู้ให้ทุนวิจัย	<ol style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ของแหล่งทุนภายนอก หนังสือแจ้งเวียนข่าวสาร การส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม/ เป็นกรรมการแหล่งทุนภายนอก 	<ol style="list-style-type: none"> ตลอดเวลา ตลอดเวลา ตามรอบเวลาตามแบบประชุม

รูป 3.1-1 ตารางช่องทางการรับฟังลูกค้า

แนวทางการดำเนินการการรับฟังลูกค้าของ ศปช มีการจัดกระบวนการรับฟังเสียงลูกค้าตามตาราง 3.1-1 ให้มีประสิทธิภาพ วิเคราะห์สารสนเทศที่ได้จากการรับฟังเสียงลูกค้านำเสนอทีมผู้บริหารของ ศปช เพื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบในการพัฒนาบริการ/ผลิตภัณฑ์ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า ติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจากการพัฒนาปรับปรุง วางแผนสนับสนุนลูกค้า เพื่อการเข้าถึงบริการ/ผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ โดยคณะกรรมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์และผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในส่วนที่เกี่ยวข้องของทบทวนกระบวนการจัดการเกี่ยวกับข้อร้องเรียนให้มีประสิทธิภาพนำผลการทบทวนมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

(2) ลูกค้าในอนาคต (Potential CUSTOMERS)

การรับฟังเสียงลูกค้าในอนาคตเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุง หรือออกแบบบริการให้ตรงกับความต้องการของลูกค้าโดยมีช่องทางในการรับฟัง ดังรูป 3.1-2

ผลิตภัณฑ์	กลุ่มลูกค้า	ช่องทางการสื่อสาร/ กิจกรรม	ระยะเวลา
การบริการ สุขภาพ	ผู้ป่วยนอก/ ผู้ป่วยใน - ช่างราชการ - ประกันชีวิต - ชำระเงินเอง - ผู้มีอุปการคุณ	- ประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook/ Line - การเข้าเยี่ยมองค์กร/ หน่วยงานภายนอก - ออกนุฏกิจกรรมสำคัญในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานที่ราชการ ห้างสรรพสินค้า และหน่วยงานพันธมิตรต่าง ๆ - จัดกิจกรรมการกุศล	- ตลอดเวลา - ปีละ 1-2 ครั้ง - ปีละ 1-2 ครั้ง -ปีละ 1-2 ครั้ง
การเรียน การสอน	- แพทย์ที่สำเร็จ การศึกษา (พบ.)	- ประชาสัมพันธ์ผ่านราชวิทยาลัยต่าง ๆ/ แพทยสภา - เครือข่ายแพทยสภา/ราชวิทยาลัย - สื่อสังคม Online - ระหว่างการเรียนการสอนนิสิตในชั้นปี	- ปีละ 1 ครั้ง
การวิจัย	- ผู้วิจัยภายนอก ศปช - แหล่งทุนภายนอก	- ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์งานวิจัย ศปช - การประชุม/อบรมเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัยของมหาวิทยาลัย - จัดประชุมวิชาการประจำปี - การสื่อสารผ่าน Line/Facebook/ประกาศ/ประชาสัมพันธ์	- ตลอดเวลา - ทุก 3-6 เดือน - ปีละ 1 ครั้ง - ตลอดเวลา

รูป 3.1-2 ตารางลูกค้าในอนาคต

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของลูกค้า (Determination of CUSTOMER Satisfaction and ENGAGEMENT)

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

การประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจและความผูกพันของกลุ่มลูกค้าบริการสุขภาพ การเรียนการสอน และการวิจัย ดำเนินการดังรูป 3.1-3

วัตถุประสงค์	เครื่องมือ	ความถี่	หัวข้อการประเมิน
ประเมินความ พึงพอใจของลูกค้า บริการสุขภาพ	แบบสอบถาม	ปีละ 1-2 ครั้ง	1. ด้านพฤติกรรมการบริการ 2. ด้านคุณภาพการให้บริการ 3. ด้านการให้ข้อมูล 4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และคำถาม “ท่านเลือกใช้โรงพยาบาลนี้ เนื่องจาก.....”

วัตถุประสงค์	เครื่องมือ	ความถี่	หัวข้อการประเมิน
ประเมินความพึงพอใจของลูกค้การเรียนการสอน	แบบสอบถาม	สำรวจกับนิสิตแพทย์ทุกกลุ่มที่มาเรียนและฝึกปฏิบัติใน ศปช	1. ด้านการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์โดยรวม 2. ด้านสภาพห้องเรียน จำนวนผู้ป่วย และอุปกรณ์การศึกษา 3. ด้านห้องสมุดและแหล่งเรียนรู้อื่น ๆ 4. ด้านหอพัก 5. ด้านการเดินทาง และการจัดรถรับ-ส่งระหว่าง ศปช กับศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ
ประเมินความพึงพอใจของลูกค้การวิจัย	แบบสอบถาม	ปีละ 2 ครั้ง	1. กระบวนการส่งเสริมวิจัย 2. กระบวนการขอทุนวิจัย 3. กระบวนการขออนุญาตทำวิจัย 4. กระบวนการสนับสนุนทรัพยากรทำวิจัย 5. กระบวนการสนับสนุนการตีพิมพ์/จดสิทธิบัตร/เผยแพร่
ประเมินความไม่พึงพอใจของลูกค้บริการสุขภาพ	- แบบสอบถาม - การรับข้อร้องเรียน - การทบทวนข้อมูลการไม่ยินยอมรับการรักษาและตรวจวินิจฉัย	- ปีละ 1-2 ครั้ง - ตลอดเวลาผ่านช่องทางการสื่อสาร - ทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์	- คำถามในแบบสอบถาม ในหัวข้อ “เหตุผลที่ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการบริการ คือ.....” - ผู้พบอุบัติการณ์ สอบถามข้อมูลความไม่พึงพอใจและรายงานข้อมูลให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพทุกครั้ง
ประเมินความไม่พึงพอใจของลูกค้การเรียนการสอน	การรับข้อร้องเรียน - จากแบบสอบถาม - ทบทวนข้อร้องเรียนจากรายงานความเสี่ยงของ ศปช	- ตลอดเวลาผ่านช่องทางการสื่อสาร - ทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์	คำถามในแบบสอบถาม ในหัวข้อ “ข้อเสนอแนะ/ ข้อควรปรับปรุง”
ประเมินความไม่พึงพอใจของลูกค้การวิจัย	- แบบสอบถาม - การรับข้อร้องเรียน - ทบทวนข้อร้องเรียนจากรายงานความเสี่ยงของ ศปช	- ปีละ 2 ครั้ง - ตลอดเวลาผ่านช่องทางการสื่อสาร - ทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์	การให้คะแนนในข้อคำถาม ดังนี้ 1. กระบวนการส่งเสริมวิจัย 2. กระบวนการขอทุนวิจัย 3. กระบวนการขออนุญาตทำวิจัย 4. กระบวนการสนับสนุนทรัพยากรทำวิจัย 5. กระบวนการสนับสนุนการตีพิมพ์/จดสิทธิบัตร/เผยแพร่ และข้อเสนอแนะ/ข้อควรปรับปรุง
ประเมินความผูกพันของลูกค้บริการสุขภาพ	- แบบสอบถาม	- ปีละ 1-2 ครั้ง	คำถามในแบบสอบถาม คือ “ท่านจะแนะนำญาติหรือเพื่อนให้มาใช้บริการหรือไม่”

วัตถุประสงค์	เครื่องมือ	ความถี่	หัวข้อการประเมิน
ประเมินความผูกพันของลูกค้า การเรียนการสอน	- จากข้อมูลของนิสิตแพทย์ มศว ที่สนใจที่จะมาเรียน รายวิชาเลือกที่ ศปช - ข้อมูลนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มศว ที่สมัครเป็น แพทย์ ศปช.	- ปีละ 1 ครั้ง	คำถามในแบบสอบถาม คือ “เหตุผลใดที่นิสิตเลือกที่จะมาเรียนรายวิชาเลือกที่ ศปช” การสัมภาษณ์ในระหว่างการคัดเลือกแพทย์ใช้ทุน
ประเมินความผูกพันของลูกค้า การวิจัย	- แบบสอบถามผู้วิจัย - ทะเบียนรายชื่อผู้ใช้บริการงานวิจัย - ทะเบียนผู้วิจัยที่มีการขอทุนซ้ำ	- ปีละ 2 ครั้ง - ตลอดเวลา	คำถามในแบบสอบถามคือ “ประเมินการมาใช้บริการซ้ำกับ ศปช” - รายชื่อผู้ใช้บริการซ้ำ - รายชื่อผู้วิจัยที่มาใช้ทุนวิจัยซ้ำ
ประเมินความผูกพันของลูกค้าแหล่งทุน การวิจัย	- งบประมาณจากแหล่งทุนภายใน (มหาวิทยาลัย) และภายนอก	- ปีละ 1 ครั้ง	สรุปรายงานประจำปีงานวิจัยในสัญญาการทำวิจัย

รูป 3.1-3 ตารางการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของลูกค้า

ศปช ได้นำสารสนเทศจากการประเมินความพึงพอใจไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการรับบริการให้ดีขึ้น เช่น การปรับคิวเข้ารับบริการ การปรับปรุงห้องสุชา เป็นต้น

(2) ความพึงพอใจเปรียบเทียบกับคู่แข่ง (Satisfaction Relative to Competitors)

การบริการ ใช้การเปรียบเทียบกับกลุ่ม THIP UHosNet จากข้อคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจ “ถ้าท่านป่วยจนต้องได้รับการตรวจรักษา และสามารถเลือกโรงพยาบาลอื่นได้ ท่านจะกลับมาโรงพยาบาลนี้อีกหรือไม่” พบว่า การให้บริการ OPD จะกลับมาในปี 2559 – 2560 ร้อยละ 68.5 และร้อยละ 62 จากการทบทวน พบว่า มีปัญหาเรื่องระบบนัดและระยะเวลาการรอคอย ซึ่งทีมนำด้านหน้ากำลังดำเนินการพัฒนา ส่วน IPD เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.75 เป็นร้อยละ 82.01 ดำเนินการเทียบเคียงกับ 4 สถาบัน

การเรียนการสอน ศปช มีวิธีประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพันองค์กร โดยรวบรวมผลคะแนนจากแบบสอบถามโดยนิสิตแพทย์ปีที่ 6 ทั้งนี้ได้นำมาเปรียบเทียบกับคณะแพทย์ มศว โดยใช้ข้อมูลรายงานการประเมินตนเอง (SAR) และแบบสอบถามความพึงพอใจและสิ่งที่ได้รับจากสหวิชาชีพอื่น ๆ

การวิจัย ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ อ้างอิง ในฐานะข้อมูลในระดับสากล โดยรวบรวมผลคะแนนความพึงพอใจกระบวนการสนับสนุนการตีพิมพ์/จดสิทธิบัตร/เผยแพร่ ทั้งนี้ได้นำมาเปรียบเทียบกับคณะแพทย์ มศว โดยใช้ข้อมูลรายงานการประเมินตนเอง (SAR)

3.2 ความผูกพันของลูกค้า (Customer Engagement)

ก. ผลิตภัณฑ์ และการสนับสนุนลูกค้า (Product Offerings and CUSTOMER Support)

(1) ผลิตภัณฑ์ (Product Offerings)

การกำหนดผลิตภัณฑ์ทั้ง 3 กลุ่ม

การบริการสุขภาพ นอกจากการยึดตามมาตรฐานบริการและมาตรฐานวิชาชีพแล้ว ศปช ยังได้นำผลจากการรับฟังเสียงลูกค้าในตาราง 3.1 ก มาใช้ในการปรับปรุงบริการ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ด้วยหลัก “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” ทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดระยะเวลาารอคอย (Waiting time) เพิ่มช่องทางการเงิน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ เพื่อพัฒนางานบริการมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ศปช จึงจัดโครงการอบรมบริการด้วยใจ สร้างสายใยสู่ความสำเร็จ โครงการธรรมทายาท รวมทั้งโครงการเยียวยาใจด้วยธรรมะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดีให้กับบุคลากรและขยายความสัมพันธ์กับผู้รับบริการให้มากขึ้น

การเรียนการสอน คือ บริการการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ มศว

การวิจัย ศปช ได้ให้บริการแบบครบวงจร ได้แก่ ฐานข้อมูลทางคลินิก มีหน่วยงานวิจัย มีคณะกรรมการส่งเสริมวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มีแหล่งทุน มีวารสารของมหาวิทยาลัย หรือ การตีพิมพ์ที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (1) มีสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัยของมหาวิทยาลัยสนับสนุนในด้านงบประมาณในการดำเนินการยื่นขอจดอนุสิทธิบัตร/สิทธิบัตรที่กรมทรัพย์สินทางปัญญา และให้ทุนสนับสนุนกรณีที่ผลงานได้รับอนุสิทธิบัตร/สิทธิบัตร รวมทั้งประสานงานการขอรับทุนสนับสนุนการตีพิมพ์เผยแพร่ตามนโยบายของมหาวิทยาลัย

(2) การสนับสนุนลูกค้า (CUSTOMER Support)

การบริการสุขภาพในกิจกรรมการสนับสนุนลูกค้า วัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อสร้างความเข้าใจ สื่อสารบริการ และอำนวยความสะดวก เปิดโอกาสในการสร้างมุมมองบริการใหม่ ๆ ของ ศปช ให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการของ ศปช หน่วยสื่อสารองค์กรสร้าง Website ศปช (<http://pcmc.swu.ac.th>) เพื่อประชาสัมพันธ์การบริการที่มี ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนกรนัดหมาย Online ต่อไป ประสานความร่วมมือกับเทศบาลนครปากเกร็ด จัดพื้นที่ภายใน ศปช เพื่ออำนวยความสะดวกในการแจ้งทะเบียนราษฎร นอกจากนี้ยังได้ร่วมงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ลงพื้นที่ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการ ด้วยการเยี่ยมบ้าน การลงไปเยี่ยมผู้ป่วย Palliative care หลังการจำหน่าย

การเรียนการสอน สิ่งสนับสนุนเช่น หอพัก ห้องเรียน ห้องสมุด ห้องหุ่น

การวิจัย สนับสนุนฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศที่ทันสมัย มีฐานข้อมูลวารสาร ในฐานข้อมูล Scopus ของหอสมุดกลาง รวมทั้งมีการบริการค้นหาข้อมูล Online และส่งข้อมูลบทความทางวิชาการผ่านการส่งข้อมูลทาง e-mail และประสานงานหอสมุดกลางของมหาวิทยาลัยเพื่อสนับสนุนทุนการวิจัย

(3) การจำแนกลูกค้า (CUSTOMER Segmentation)

ศปช มีพันธกิจหลัก 3 พันธกิจ จึงจำแนกลูกค้าได้ดังนี้

การบริการสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้ป่วยฉุกเฉิน/วิกฤต ผู้ป่วยนอกแยกเป็นกลุ่ม มีผู้ป่วยนัดหมายและผู้ป่วยไม่ได้นัดหมาย (มาเอง/ผิดนัด) ผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยโรคและผู้มีอุปการคุณ ชุมชนในเขตรับผิดชอบ

การเรียนการสอน คือ นิสิตแพทย์ มศว

การวิจัย แบ่งเป็น ผู้วิจัยและผู้ให้ทุนวิจัย

โดยทีมบริหาร ศปช ได้ทำการสำรวจความต้องการของลูกค้าแต่ละกลุ่มดังตารางใน OP-2 การบริการสุขภาพ เนื่องด้วย ศปช ประสบปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ทีมบริหาร ศปช จึงมีนโยบายเพิ่มสัดส่วนผู้รับบริการในกลุ่ม ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ โดยจัดเป็นระบบคิวสัม ผู้รับบริการจะได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็วกว่าเดิม เปิดให้บริการ Fax claim เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการที่ทำประกันสุขภาพไว้ ซึ่งในอนาคตจะมีผู้มารับบริการ Fax claim มากขึ้น

กลุ่มผู้บริจาคจะได้รับ บัตร VIP โดยจะมีขั้นตอนการดูแลผู้บริจาค ได้คิวพิเศษ หากต้องนอน ศปช จะมีห้องพิเศษรับรอง หากมาตรวจรักษานอกเวลาจะมีพยาบาลตรวจการช่วยประสานดูแล

ข. การสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า (CUSTOMER Relationships)

(1) การจัดการความสัมพันธ์ (Relationship Management)

ศปช ได้ให้ความสำคัญกับพันธมิตรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการสร้างฐานลูกค้าเดิม โดยจัดโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการเยี่ยมบ้านของสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจิต “อสม.จิต” เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง โครงการสอน CPR วัดชลประทานรังสฤษดิ์ กรมชลประทาน และโรงเรียนชลประทานวิทยา จัดตั้งกองทุนสงฆ์อาพาธเพื่อรักษาพระภิกษุ-สามเณรจากวัดชลประทานรังสฤษดิ์และวัดอื่น ๆ ในด้านการตลาด งานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้ออกเยี่ยมโรงงานและบริษัทต่าง ๆ ที่เลือก ศปช เป็นโรงพยาบาลประกันสังคม เพื่อรับฟังปัญหาและความต้องการ

นอกจากนี้ หน่วยสื่อสารองค์กรได้สร้าง Website/Facebook ของ ศปช เพื่อสื่อสารกิจกรรมภายในโรงพยาบาล การให้บริการต่าง ๆ สู่สาธารณชน และได้ประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ติดในเขตอำเภอปากเกร็ด เพื่อให้ ศปช เป็นที่รู้จักและเป็นที่พักพิงของประชาชนโดยรอบ

การเรียนการสอน มีระบบอาจารย์ที่ดูแลนิสิตแพทย์ของงานแพทยศาสตรศึกษา โดยจะมีการปฐมนิเทศนิสิตแพทย์ในทุกกลุ่ม รวมถึงมีอาจารย์ที่ปรึกษาในแต่ละสาขาวิชาเพื่อควบคุมกำกับดูแล และมีช่องทางสื่อสารในระบบไลน์กลุ่มระหว่างนิสิตแพทย์กับเจ้าหน้าที่

การวิจัย มีการสร้างกลุ่ม Line ผู้วิจัยที่มีความสนใจศึกษาในเรื่องเดียวกัน

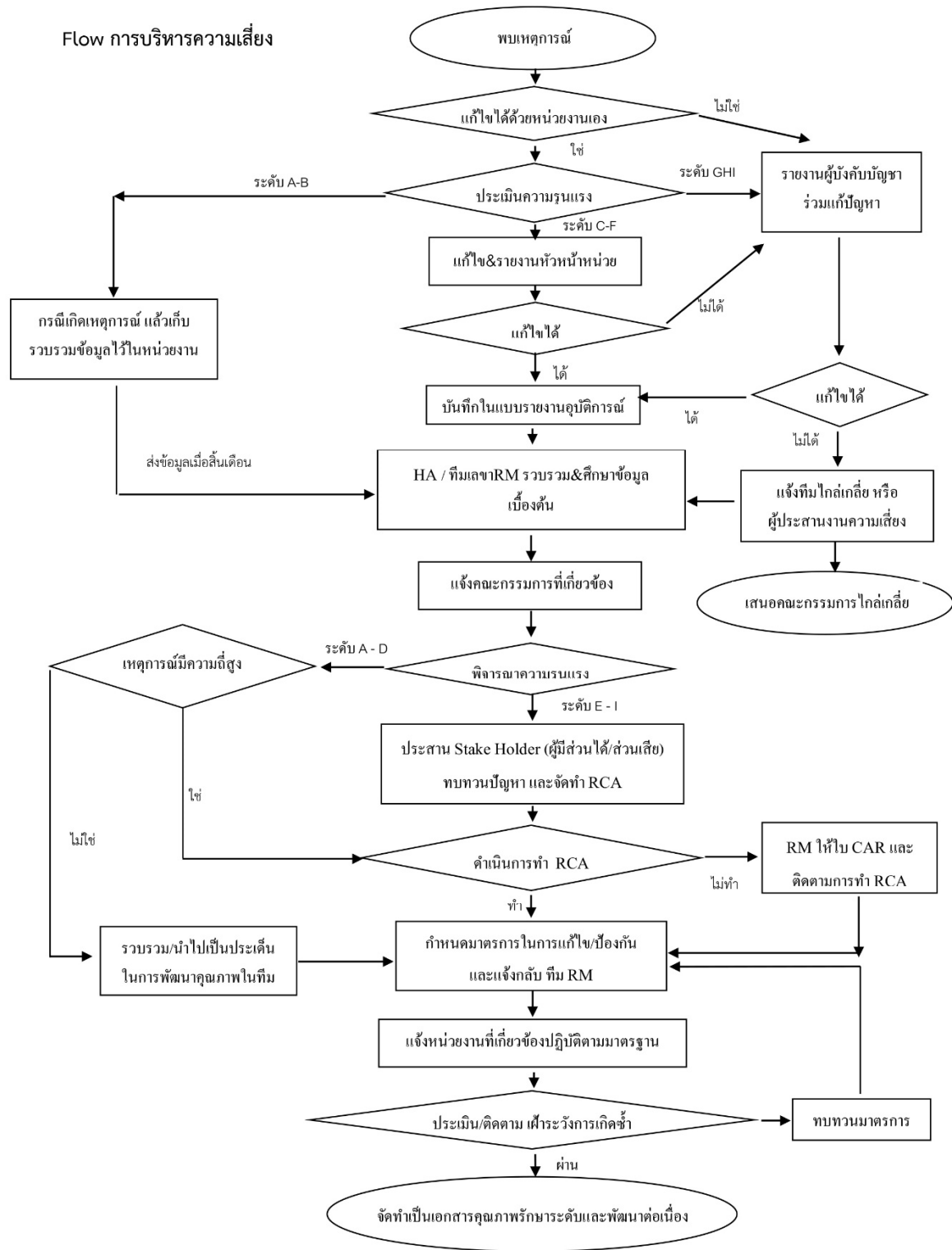
(2) การจัดการกับข้อร้องเรียน (Complaint Management)

ผู้รับบริการสามารถร้องเรียน แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับงานบริการได้หลายช่องทาง ได้แก่ ผ่านแบบบันทึกคำร้องเรียน/ความเห็นของผู้ป่วย นำบันทึกใส่กล่องแสดงความคิดเห็น ซึ่งมีกระจายตามจุดต่าง ๆ ใน ศปช การร้องเรียนด้วยวาจา ที่มาด้วยตนเอง/โทรศัพท์ (จนท. บันทึกให้) ผ่านแบบรายงานเหตุการณ์ (HOIR) เมื่อบุคลากรพบเหตุการณ์เอง การร้องเรียนผ่าน สปสช สื่อสาร Online ซึ่งเมื่อได้รับข้อมูลจะส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพ เพื่อบันทึกผ่านแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้องแล้วเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยงของ ศปช. เพื่อส่งต่อ

ทีมงานที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองต่อไป ส่วนการสำรวจความพึงพอใจ ศปช ได้กำหนดให้มีการสำรวจปีละ 2 ครั้ง เมื่อได้ผลสรุป จะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องตอบสนองต่อไป

การจัดการข้อร้องเรียน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หลังการรับรู้เหตุการณ์ ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หากเป็นระดับ E ขึ้นไป หรือมีแนวโน้มที่ผู้รับบริการจะมีการร้องเรียน แจ้งงานบริหารความเสี่ยง เพื่อแจ้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ยซึ่งทีมจะทบทวนเหตุการณ์และขอข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมก่อนการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเมื่อจำเป็น การจัดการกับข้อร้องเรียนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อมีการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบผ่านช่องทางการพูดคุยหรือเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วแต่กรณี

Flow การบริหารความเสี่ยง



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

รูป 3.1-4 Flow การบริหารความเสี่ยง

การเรียนการสอน นิสิตแพทย์สามารถร้องเรียนได้หลายช่องทาง ได้แก่ ผ่านงานแพทยศาสตรศึกษา
เลขาธิการวิชา อาจารย์ที่ปรึกษา รวมถึงร้องเรียนผ่านแบบประเมินออนไลน์ที่จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึง
โดยข้อร้องเรียนต่าง ๆ จะจัดการโดยงานแพทยศาสตรศึกษา/คณะกรรมการผู้ประสานงานแพทยศาสตรศึกษา
ศปช

การวิจัย ในกรณีขอทุนวิจัย ผู้เขียนรายงานต้องเขียนรายงานความคืบหน้าต่อคณะกรรมการทุนวิจัย
ทุก 6 เดือน เพื่อเสนอความก้าวหน้าทุก 6 เดือน มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการกลั่นกรอง
กระบวนการทำวิจัยเพื่อปกป้องสิทธิความปลอดภัยของผู้ร่วมวิจัยโดยการติดตามกระบวนการวิจัย อย่างน้อยปีละ
1 ครั้ง

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)

ศปข มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งปัญญาที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ มีพันธกิจ 3 ด้าน ได้แก่ การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งการบริการวิชาการสู่สังคม การจัดการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาอื่น การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ ได้กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการจากการทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติเพื่อมุ่งไปสู่วิสัยทัศน์ โดยให้ครอบคลุมพันธกิจทั้ง 3 ด้านของศปข และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งมีข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญในการติดตามผลปฏิบัติงานในระบบงานสำคัญดังนี้ รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ

วัตถุประสงค์ เชิงกลยุทธ์ (SO)	เป้าประสงค์ (SG)	ตัวชี้วัด	สารสนเทศ	รอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ระบบบริการวิชาการ ที่มีคุณภาพเพื่อ พัฒนาชุมชนและ สังคมอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน	มีบริการสุขภาพ แบบองค์รวมอย่างมี มาตรฐาน	จำนวน Excellent center (EC) ที่ผ่านเกณฑ์ 1+	รายงานตัวชี้วัด ผล THIP ราย ตัวชี้วัด	6 เดือน	คณะกรรมการ ศูนย์ความเป็น เลิศทาง การแพทย์
	มีระบบการบริหาร จัดการโครงการ บริการวิชาการแก่ ชุมชนที่มี ประสิทธิภาพ	พัฒนาการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพในเขตความ รับผิดชอบ	รายงานตัวชี้วัด และ ความพึงพอใจ ของโครงการ	6 เดือน	หน่วย/งาน เจ้าของโครงการ งานนโยบาย และแผน
พัฒนางานวิจัยและ นวัตกรรมระดับ สากล	มีระบบและกลไกให้ อาจารย์ผลิต งานวิจัยและ นวัตกรรมเพิ่มขึ้น	จำนวนผลงานวิจัยที่ได้ตีพิมพ์ ในระดับชาติและนานาชาติ	รายงานการ ประชุม ฐานข้อมูลทาง วิชาการ	6 เดือน	งานวิจัย
	ส่งเสริมงานวิจัยสห สาขาไปสู่ผลงาน ระดับสากล				
	ผู้รับบริการได้ความรู้ นวัตกรรมและผล วิจัยไปใช้ประโยชน์				

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (SO)	เป้าประสงค์ (SG)	ตัวชี้วัด	สารสนเทศ	รอบเวลา	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	ผลิตองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	องค์ความรู้ที่ได้รับการนำไปใช้	รายงานการประชุม มหกรรม คุณภาพ KM & Lean Program	6 เดือน 1 ปี 6 เดือน	คณะกรรมการ การจัดการ ความรู้
พัฒนาระบบการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์และสนับสนุนการผลิตบัณฑิตวิทยาศาสตร์สุขภาพ	มีกระบวนการเรียนการสอนและอาจารย์ที่มีคุณภาพ	ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 ในการสมัครสอบครั้งแรก	ผลสอบ NL	1 ปี	งาน แพทยศาสตร์ ศึกษาและ แพทย์ใช้ทุน
บริหารอย่างมีประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบบริหารที่มีคุณภาพ	มีการบริหารโดยยึดหลักธรรมาภิบาล	การประเมินผู้นำองค์กร	6 เดือน	งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ
		ความสำเร็จตามแผนพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรตามเกณฑ์ TQA	รายงานการประชุม การประเมิน KPI	6 เดือน	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ
	ตัววัดทางการเงิน	1. Current ratio 2. Quick ratio 3. ร้อยละงบประมาณที่เบิกจ่ายได้ตามเป้าหมาย	รายงานการเงิน	1 เดือน	งานคลัง
		. อัตราการเรียกเงินคืนของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง	รายงาน คณะกรรมการบริหาร สปช	3 เดือน	งานสิทธิประโยชน์

รูป 4.1-1 ตารางตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ

(2) ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparative data)

การบริการด้านสุขภาพ ของค์กรมีการเลือกใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ และประสานความร่วมมือด้านการเทียบเคียงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและงานบริการร่วมกันได้แก่ความร่วมมือระหว่าง 4 สถานพยาบาล (MOU) หรือ THIP โดยมีการเปรียบเทียบกันในด้านต่าง ๆ เช่น ผลด้านการดูแลผู้ป่วยภาพรวม ผลด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ผลด้านการเงิน ผลด้านทรัพยากรบุคคล เป็นต้น โดยนำผลดังกล่าวมาวิเคราะห์และพัฒนาระบบการบริการเช่น ในการสัมมนาเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือระหว่าง 4 สถาบัน พบปัญหาว่า แต่ละโรงพยาบาลมีการใช้คำจำกัดความของตัวชี้วัดแตกต่างกันทำให้ไม่สามารถมาเทียบเคียงได้ ในเบื้องต้นจึงมีการปรับให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถเทียบเคียงกันได้ และนำผลมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานต่อไป

ด้านการเรียนการสอน ทางองค์กรมีการเลือกตัวชี้วัดเรื่องร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 ในการสมัครสอบครั้งแรก เพื่อวัดผลลัพธ์ผลิตภัณฑ์ด้านการเรียนการสอน โดยมีการเทียบเคียงกับผู้เข้าสอบจากสถาบันอื่น ๆ ทั่วประเทศ

(3) ด้านข้อมูลลูกค้า (Customer data)

จากกระบวนการ รูป 4.1-1 องค์กรนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยคำนึงถึงข้อร้องเรียนที่มีผลกระทบต่อบริการเป็นสำคัญ เช่น ความล่าช้าของการให้บริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผูกพันของลูกค้าที่มีต่อองค์กร และข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินการตามพันธกิจทำให้ไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อมูลที่ได้รับ จะมีการสะท้อนไปยังงาน/ทีม ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลนั้นไปตอบสนอง ตามบริบทและความเป็นไปได้ของแต่ละงาน/ทีม ประเด็นที่พบบ่อย เช่น ระบบบริการ ล่าช้า นำสู่การปรับระบบการนัดและการจัดระบบคิว รวมถึงการเพิ่มจุดบริการ เป็นต้น

ด้านการเรียนการสอน ทางองค์กรได้มีการประเมินความพึงพอใจของนิสิตแบบออนไลน์ หลังจากเรียนเสร็จทันที และส่งผลการประเมินให้อาจารย์ผู้สอน เพื่อให้ผู้สอนนำไปปรับปรุง พัฒนาการเรียน การสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านงานวิจัย คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยได้จัดทำแบบสอบถาม เพื่อสอบถามความต้องการของผู้ใช้บริการ อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุน เพื่อนำไปพัฒนา เพื่อให้เกิดงานวิจัยที่ได้มาตรฐานและได้รับการตีพิมพ์มากขึ้น

กลุ่มผู้สนับสนุนองค์กร เช่น วัด กรมชลประทาน เทศบาลปากเกร็ด กองสลาก ฯลฯ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานผ่านการประชุมต่างๆ เช่น คณะกรรมการดำเนินงาน การประชุมทีมบริหาร และมีการสนับสนุนดูแลสุขภาพให้แก่บุคลากรกลุ่มดังกล่าว

(4) ความคล่องตัวขององค์กรวัดผล (Measurement agility)

ทางองค์กรมีการติดตามตัวชี้วัดโดยคณะกรรมการสารสนเทศ โดยแบ่งกลุ่มตัวชี้วัด เป็น 3 กลุ่มคือตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด THIP และตัวชี้วัด 4 สถาบัน และกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการติดตามชัดเจน โดย

ผู้รับผิดชอบแต่ละกลุ่มจะทราบเจ้าของตัวชี้วัดแต่ละตัว (KPI Owner) เพื่อการติดตามข้อมูล ระยะเวลาในการติดตามผลตัวชี้วัด สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ เช่นถ้าข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงที่มากหรือน้อยผิดปกติ จะมีการเพิ่มการติดตามให้เร็วขึ้น หรือการกำหนดสัญญาณเตือน เมื่อเริ่มพบว่า ข้อมูลอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยคณะกรรมการสารสนเทศจะดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอทีมบริหารเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะตัวชี้วัดสำคัญ ดังรูป 3.1-1, 4.1-1

ข. การวิเคราะห์ และทบทวนผลการดำเนินการ (Performance analysis and review)

จากข้อมูลที่ได้รับจาก KPI Owner คณะกรรมการสารสนเทศ จะเป็นผู้วิเคราะห์เบื้องต้นร่วมกับ KPI Owner และหากเห็นแนวโน้มเป็นไปในทางที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะแจ้งให้งาน / ทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนสาเหตุที่ทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เสนอแนะการแก้ไข และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลตามรอบการประเมินต่อไป โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์และทบทวนจะแบ่งเป็นข้อมูลภายในและข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ เช่น ข้อมูลทางการเงิน องค์การมีการนำข้อมูลมาทบทวนและวิเคราะห์ แต่ยังไม่เคยนำมาเปรียบเทียบ และการทบทวนยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ หลังจากที่ได้เข้าร่วมเทียบเคียงตัวชี้วัด 4 สถาบัน ได้มีการนำข้อมูลทางการเงินเปรียบเทียบกับสถาบันอื่น และนำผลการทบทวนมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของโรงพยาบาล

ค. การปรับปรุงผลการดำเนินการ (Performance improvement)

(1) ผลการดำเนินการในอนาคต (Future performance)

องค์กรใช้ผลจากการทบทวนผลการดำเนินการ (ที่ระบุไว้ใน 4.1 ข.) เป็นข้อมูลตั้งต้นในการทบทวนการจัดทำแผน ทั้งแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติ หรือปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้บรรลุตามพันธกิจ และมีการกำกับติดตามโดยทีมบริหารองค์กร ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่า มีประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ทั้งด้านบริการ ด้านวิชาการและงานวิจัย ที่โรงพยาบาลจะต้องจัดทำแนวทางการรองรับและปรับแผนยุทธศาสตร์ เช่น การมุ่งสู่การเป็นเลิศทางการแพทย์ (EC) ผลสอบผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 ของนิสิตแพทย์หรือผลงานวิจัยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นต้น

ด้านงานวิจัย ปัจจุบันมีการเก็บข้อมูลเรื่องจำนวนผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ แต่ยังไม่มีการเทียบเคียงกับสถาบันอื่น โดยทางองค์กรมีแผนที่จะทำการเทียบเคียงผลงานวิจัยกับโรงเรียนแพทย์อื่น ๆ เช่น ศกพ. ธรรมศาสตร์ต่อไปเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน

(2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม (Continuous improvement and INNOVATION)

องค์กรเลือกผลการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อองค์กร ที่นับว่าเป็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปหรือมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กรมาดำเนินการปรับปรุง เช่น ด้านการบริการ ด้านการเงิน โดยเน้นให้มุ่งสู่พันธกิจหลักทั้ง 3 ด้าน มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานมีการกำหนดเป้าหมายและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องในรูปแบบ CQI/Lean/นวัตกรรม โดยเน้นให้หัวหน้างานเป็นผู้นำทีมทำงานคุณภาพ มีการจัดงานมหกรรมคุณภาพทุกปี เพื่อเป็นเวทีให้นำเสนอผลงาน มีการคัดเลือกเรื่องที่เป็น Best practice เพื่อส่งเสริมให้ต่อยอดไปทำนวัตกรรม โดยมีเงิน

สนับสนุนจากองค์กร และการจัดสิทธิบัตรนวัตกรรม เช่น ในปี 2556 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะ sepsis สูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดมาก ทีมนำดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการรักษาจนทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจน ได้รับการคัดเลือกจาก สรพ ให้ไปนำเสนอในการประชุม HA National Forum ในปี 2560 สิ่งที่จะดำเนินการต่อไปคือการนำตัวชี้วัดที่ทีมนำกำหนดในหมวด 7 เข้าสู่คณะกรรมการสารสนเทศเพื่อดำเนินการติดตาม เช่นเดียวกับตัวชี้วัดอื่น ๆ ต่อไป

4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (Information, and knowledge management)

ก ข้อมูล และสารสนเทศ (Data and information)

(1) คุณภาพ (Quality)

หลังจากที่เปลี่ยนมาใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์แทนระบบการเก็บด้วยมือซึ่งไม่เที่ยงและไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว ในการทวนสอบเพื่อความมั่นใจในความถูกต้องของข้อมูล จะมีการดึงข้อมูลการรักษาพยาบาลจากฐานข้อมูลเพื่อมาทวนสอบกับเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลความถูกต้อง การ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หรือเมื่อมีข้อร้องเรียนจากผู้ใช้งานเกี่ยวกับความถูกต้อง ความแม่นยำของข้อมูล ทางหน่วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศจะรับดำเนินการตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องแม่นยำ การใช้ระบบปฏิบัติการโปรแกรม HOSxP ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละหน่วยงานทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และยังเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกสามเสน และ PCU ในส่วนการเทียบเคียงกับสถาบันอื่นมีการปรับปรุงแบบฟอร์มตัวชี้วัด ให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ทั้งการเทียบเคียง 4 สถาบันและ THIP

(2) ความพร้อมใช้งาน (Availability)

องค์กรมีการสำรองเครื่องคอมพิวเตอร์จำนวน 10 % ของเครื่องคอมพิวเตอร์ทั้งหมด เพื่อทดแทนในกรณีที่ชำรุด และมีระบบปฏิบัติการผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยมีผู้ดูแลระบบที่สามารถแก้ไขปัญหาตลอด 24 ชม. มีการนำข้อมูลสารสนเทศเช่นข้อมูล THIP MOU 4 สถาบัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบุคลากรลงใน website หรือข้อมูลด้านความเสี่ยงผ่าน internet เพื่อให้บุคลากรทุกคนใช้งานได้ง่ายและสามารถเข้าถึงได้ มีโปรแกรมบริหารจัดการอื่น ๆ ที่พัฒนาขึ้นเอง เช่นโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลของคุณยคุณภาพ ซึ่งสามารถตอบสนองการใช้งานของผู้ใช้ได้อย่างตรงจุด และมีแผนในการจัดตั้ง Data Center เพื่อเป็นหน่วยงานในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลให้กับบุคลากรเพื่อทำการบริหารจัดการข้อมูลรวมศูนย์และมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการจัดทำแอปพลิเคชันสำหรับผู้รับบริการให้สามารถทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับตนเองได้เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ การนัดผ่านระบบออนไลน์ เป็นต้น

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational knowledge)

(1) การจัดการความรู้ (Knowledge management)



รูป 4.2-1 ระบบงานการจัดการความรู้ของ ศปช

ตามยุทธศาสตร์ ศปช มีเป้าประสงค์และตัวชี้วัดที่สำคัญในเรื่องการจัดการความรู้ เพื่อให้องค์กรมีการพัฒนาคน พัฒนารูปแบบของงาน และพัฒนาผลของงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ ศปช ที่กำหนดไว้ และเพื่อหาแนวทางที่ดี มีประโยชน์ ใช้วางแผนและแก้ไขปัญหาให้ชัดเจนขึ้น จากเดิมที่มีการทำอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่แพร่หลาย ให้ทำให้แพร่หลายทั่วทั้งองค์กร โดยมีความคาดหวัง พัฒนางานประจำให้ทำเหนือมาตรฐานเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ดังรูป 4.2-1

(2) วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practices)

จากนโยบายที่ได้กล่าวถึงในข้อ 4.1 ค (2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรม นอกจากการนำผลงาน CQI/Lean/นวัตกรรม แต่ละหน่วย/งาน/ทีม มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้ว ยังมีการจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน แล้วนำแนวทางนั้นไปจัดเก็บไว้เป็นคลังข้อมูลการจัดการความรู้เพื่อเผยแพร่ต่อไป โดยวางไว้ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

ตามวิสัยทัศน์ในการมุ่งมั่นสู่การเป็นโรงเรียนแพทย์ ทำให้สาขาวิชาต่าง ๆ มีการพัฒนาในด้านการเรียนการสอนและงานวิจัยเพิ่มมากขึ้น มีการประสานงานร่วมกับเครือข่าย UHosNet เพื่อสร้างความรู้ใหม่ ๆ ต่อไปในอนาคต

(3) การเรียนรู้ระดับองค์กร (Organizational learning)

เพื่อให้เกิดการกระจายความรู้เกิดความรู้ที่ฝังลึกในองค์กร มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีของแต่ละชุมชนนักปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ขององค์กร โดยมีการดำเนินการที่ชัดเจนในฝ่ายการพยาบาล ใน CoP Respirator CoP Pain Management รวมทั้ง CoP IC CoP ME ที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างหน่วยการพยาบาลต่าง ๆ อาจเป็นลักษณะการเป็นต้นแบบหรือการนำไปพัฒนาต่อยอดกับหน่วยงานนั้นๆ ในระหว่างการปฏิบัติงานเมื่อเกิดปัญหาในหน่วยงานจะทำการ RCA ตามสถานการณ์ เช่น CoP Patient Identification การระบุตัวบุคคลเพื่อป้องกันการสวมสิทธิ์โดยใช้รูปถ่ายและบัตรประชาชน เกิดนวัตกรรม การระบุชื่อผู้ป่วย เป็น นาย..(ไม่)... นาง...(ไม่)... เมื่อผู้รับบริการไม่ใช้บัตรที่มีรูปที่ทางราชการออกให้ในการแสดงตัวตน

หมวด 5 บุคลากร

5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

ก. ชีตความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร (Workforce Capability and Capacity)

(1) ด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง (Capability and CAPACITY)

ศปช มีการจำแนกบุคลากรตามโครงสร้างองค์กรเป็น 5 กลุ่ม มีการประเมินความต้องการทางด้านอัตรากำลังตามกลุ่มต่าง ๆ โดยวิเคราะห์ตามวิธีการคำนวณของสายงาน เช่น อาจารย์แพทย์ ใช้เกณฑ์วิเคราะห์ภาระงาน FTES (Full Time Equivalent Student) ภาระงานบริการวิชาการ ศูนย์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน และศูนย์เชี่ยวชาญวิชาญ 4 ด้าน ในสายวิชาชีพใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพกำหนด ส่วนสายสนับสนุนใช้เกณฑ์วิเคราะห์ภาระงาน FTE (Full Time Equivalent), Pareto

ในการประเมินความต้องการด้านขีดความสามารถในแต่ละกลุ่มบุคลากร วิเคราะห์จากภาระหน้าที่ที่ต้องตอบสนองพันธกิจหลัก และการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร มีการกำหนดแผนระยะยาว 5 ปี และปรับได้ตามความเหมาะสมและการเปลี่ยนแปลงทุกปี โดยฝ่ายทรัพยากรบุคคลเป็นผู้รวบรวมผ่านคณะกรรมการบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคล ศปช และจัดขออัตรากำลังตามขั้นตอนส่งมหาวิทยาลัยต่อไป

ในการประเมินทักษะ สมรรถนะของบุคลากรที่รับเข้าทำงาน ประเมินโดยการทดสอบข้อเขียน และสอบภาคปฏิบัติในบางตำแหน่ง มีเอกสารแนะนำตัวจากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดเดิมที่เคยปฏิบัติงานหรือสถานศึกษา ตรวจสอบหนังสือรับรองคุณวุฒิการจบการศึกษา โดยจัดทำหนังสือตรวจสอบไปยังสถาบันศึกษาที่จบมา นอกจากนี้มีการตรวจสอบประวัติอาชญากรรมของผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือถึงสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อป้องกันผู้มีประวัติอาชญากรรมตามข้อกำหนดของมหาวิทยาลัย

(2) บุคลากรใหม่ (New WORKFORCE Members)

สรรหา ว่าจ้าง บรรจุ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ศปช ดำเนินการสรรหาบุคลากรตามข้อกำหนดคุณสมบัติเฉพาะของงาน (Job Specification) ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ตามแนวทางปฏิบัติของมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย ประกาศรับสมัคร → สอบคัดเลือก → ประกาศผล → บรรจุ/ทำสัญญาจ้าง

ศปช เปิดกว้างด้านสิทธิและเสรีภาพในการนับถือศาสนา ไม่กำหนดสถาบันที่จบการศึกษา และในส่วนส่งเสริมอาชีพและคุ้มครองการมีงานทำของคนพิการนั้น ศปช มีนโยบายรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในสัดส่วนที่เหมาะสมตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสใช้ความสามารถ มีรายได้ พึ่งพาตนเองได้ และให้โอกาสผู้สมัครสำหรับคนในชุมชนใกล้เคียง

การรักษาบุคลากรใหม่ บุคลากรใหม่จะได้รับการดูแลโดยระบบของ ศปช ภายหลังการบรรจุตามแนวทางต่อไปนี้ คือ

1. ให้ความรู้ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน โดยจัดโครงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ให้ความรู้ด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้ในภาพรวมที่เกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ กฎระเบียบต่าง ๆ สิทธิสวัสดิการที่พึงได้ ความรู้ด้านการเงิน

ด้านพัสดุ ระบบยาภายใน ศปช มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) การบริหาร ความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล และกลุ่มแพทย์ชุดใช้ทุนมีการจัดอบรมให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน มีการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

2. การตรวจสุขภาพก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การป้องกันและเฝ้าระวัง ด้าน สุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง กรณีไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จะดำเนินการฉีดวัคซีนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

3. ระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) ในการให้คำแนะนำแก่บุคลากรใหม่ในการปฏิบัติงาน เพื่อรับฟังปัญหา และข้อขัดข้อง รวมทั้งสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

4. พนักงานมหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการบรรจุจะจัดทำสัญญาจ้างเพื่อทดลองการปฏิบัติงาน มีระยะเวลา 1 ปี เมื่อครบกำหนดเวลาดังกล่าวแล้ว มีผลการประเมินการปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ จะได้รับการต่อสัญญาจ้าง ครั้งที่ 2 ซึ่งมีระยะเวลาจนถึงวันสิ้นรอบปีงบประมาณที่ผู้นั้นมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

(3) การจัดการการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร (Workforce Change Management)

ศปช มีการกำหนดแผนอัตรากำลัง 5 ปี และปรับได้ตามความเหมาะสมและการเปลี่ยนแปลงทุกปี ในกรณีฉุกเฉิน เช่น ภาวะฉุกเฉินทางธรรมชาติ บุคลากรไม่สามารถเดินทางมาปฏิบัติงานได้ ศปช มีแผนรองรับช่วย อำนวยความสะดวกในการเดินทาง โดยจัดหาที่พักให้ ในกรณีอัตรากำลังไม่เพียงพอ สามารถหมุนเวียนการทำงาน ภายในหน่วยงาน จับคู่ช่วยงานกัน หากคนละหน่วยงานที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน สามารถไปช่วยหน่วยงานอื่น ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ ตามภาระงานมาก/น้อย โดยทำตามข้อกำหนดที่จัดทำไว้

มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรผ่านการสอนงาน การหมุนเวียนงานเพื่อเตรียมไว้กรณี อัตรากำลังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ยังมีจ้างงานผู้มีความรู้ความสามารถภายหลังการเกษียณอายุ ในลักษณะงาน ที่ใช้ทักษะความสามารถ (Skill) ความเชี่ยวชาญพิเศษ ความชำนาญเฉพาะงาน เช่น งานเวชระเบียน เกสซ์กร เพื่อให้ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นการสอนงานถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติงานให้กับผู้ปฏิบัติงานใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้ มีการเปิดรับสมัครผู้ปฏิบัติงานรายคาบ รายวัน เพื่อให้มาปฏิบัติงานทดแทนใน ส่วนที่ขาด กรณีอัตรากำลังเกินกว่าภาระงานมีการปรับให้ไปทำงานในหน่วยงานที่มีภาระงานมากหรือยังขาด บุคลากร

(4) ความสำเร็จในงาน (Work Accomplishment)

รูปแบบการทำงานและบริหารบุคลากร ศปช มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารงานตามข้อกำหนด ของสภามหาวิทยาลัย ตามหมวดโครงสร้างองค์กร แบ่งออกเป็น ฝ่าย → สาขาวิชา/งาน → หน่วย โดยภารกิจภาระงาน และความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกันให้อยู่ในฝ่ายเดียวกัน เพื่อความสะดวกและสอดคล้องในการบริหาร มีการสื่อสาร ข้อมูลที่สำคัญต่าง ๆ ผ่านทางสายบังคับบัญชาจากบนลงล่าง (Top-Down Process) และรับฟังข้อมูลจากล่างขึ้นบน ตามสายงานผ่านการประชุมในหน่วยงานย่อยทุกเดือนโดยการสื่อสารเน้นความสำคัญของการปฏิบัติงาน มีการประเมิน ตัวชี้วัดรายบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย 1) KPI บังคับส่วนกลาง 2) KPI มอบหมายจากผู้บังคับบัญชา 3) KPI มอบหมาย

ส่วนกลาง (บังคับ) 4) KPI เลือก รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันทั้งในระดับองค์กร ในระดับหน่วยงานและระดับบุคคล เพื่อสนับสนุนการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรผ่านทางช่องทางต่าง ๆ

ข. บรรยากาศการทำงานของบุคลากร (WORKFORCE Climate)

(1) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Workplace Environment)

ด้านสุขภาพ

มีการกำหนดเป็นข้อตกลงให้บุคลากรทุกคนตรวจสุขภาพประจำปีตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยอิงตามเกณฑ์การตรวจสุขภาพของกรมบัญชีกลาง และการติดตามความเสี่ยงจากลักษณะการปฏิบัติงาน เช่น บุคลากรที่สัมผัสกับยาเคมีบำบัดจะมีการตรวจเลือด CA125 และ CA199 เพิ่ม บุคลากรในหน่วยงานพาหนะ ต้องตรวจสมรรถภาพการมองเห็นและสมรรถภาพการได้ยิน หน่วยซ่อมบำรุง ต้องตรวจสมรรถภาพการมองเห็นและการได้ยิน หน่วยโภชนาการต้องตรวจ Stool C/S ฯ ดำเนินการโดยหน่วยอาชีวเวชกรรม สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาวิชารังสีวิทยา สาขาวิชาจักษุวิทยา สาขาวิชาโสต ศอ นาสิก และมีการกำหนดเกณฑ์แบ่งผลการตรวจสุขภาพเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

ในกลุ่มป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค NCD ดำเนินส่งต่อให้รับการรักษาตามสิทธิ และส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนกลุ่มป่วยด้วยโรคแพทย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ดำเนินการรักษาทันทีที่พบ และส่งต่อไปยังแพทย์อายุรกรรมโรคปอด และติดตามจนรักษาหาย รวมทั้งติดตามการแพร่กระจายในหน่วยงานที่พบ ในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ได้มีการประเมิน Fit for Work ปรับเปลี่ยนหน้าที่ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย กลุ่มเสี่ยงที่พบจะเป็น น้ำหนักเกิน เสี่ยงเกี่ยวกับกลุ่มโรค NCD ทาง ศปช.จัดให้มีบริการศูนย์ฟิตเนส และเฝ้าระวังให้กลุ่มเสี่ยงได้ค่าบริการในอัตราพิเศษเพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการจัดแสดงปริมาณแคลอรีอาหาร ที่ศูนย์อาหารเพื่อเป็นแรงกระตุ้นในการเลือกบริโภคอาหารให้ทั้งผู้รับบริการและบุคลากร

ในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีการจัดให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่ได้รับการจัดสรรให้บุคลากรสาธารณสุข จากกรมควบคุมโรค เป็นประจำทุกปี ส่วนวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี มีการดำเนินการเจาะเลือดและฉีดวัคซีนให้ในรายที่ไม่มีภูมิคุ้มกันในบุคลากรใหม่ ต่อมาได้มีการประชุมกำหนดเกณฑ์ในการรับบุคลากรใหม่ที่ต้องสัมผัสเลือด เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ต้องมีผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และดำเนินการฉีดวัคซีนให้แล้วเสร็จก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

มีการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลตามลักษณะการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากป้องกันชุดป้องกันกรณีเกิดโรคระบาดร้ายแรง

กรณีเกิดโรคระบาดในบุคลากร เช่น โรคอีสุกอีใส โรคหัดเยอรมัน มีแนวทางการปฏิบัติจากคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

มีการส่งเสริมกิจกรรม 5 ส. ในทุกหน่วยงาน โดยการตรวจประเมินและการจัดประกวดหน่วยงาน 5 ส. ดีเด่นทุกปี เพื่อให้สถานที่ทำงานสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย สะดวกต่อการใช้งาน และลดอันตรายที่อาจเกิดจากขั้นตอนการปฏิบัติงานได้

มีนโยบายด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานจากผู้อำนวยการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ประกาศใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรให้มีความปลอดภัย อีกทั้งมีคณะกรรมการกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยบริหารจัดการดำเนินการด้านมาตรฐานงานสุขภาพในโรงพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานครอบคลุม ทั้งด้านสุขภาพอาหารในโรงพยาบาล ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบการบริหารจัดการขยะ ฯ รวมทั้งจัดให้มีการซ้อมดับเพลิงทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และในอนาคตจะจัดให้มีการซ้อมดับเพลิงในอาคารสูง 20 ชั้น ดูแลและรับผิดชอบผ่านทางหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดูแลการติดตั้งไฟฟ้าตามทางเดิน ติดตั้งกล้องวงจรปิด ปรับปรุงพื้นที่รกร้าง พื้นที่หญ้าสูงเพื่อป้องกัน อันตรายจากสัตว์เลื้อยคลานต่าง ๆ การสแกนนิ้วเข้าห้องทำงานป้องกันบุคคลภายนอกเข้าห้องโดยไม่ได้รับอนุญาต และมีรถไฟฟ้ารับ-ส่งบุคลากรและผู้มารับบริการอำนวยความสะดวกระหว่างตึก ขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับภูมิทัศน์โดยรอบ การก่อสร้างหอพัก รวมถึงถนนภายใน ทำให้บุคลากรเกิดความไม่สะดวก ด้านการจราจร สัญจรทางเท้ารอบบริเวณ จึงมีนโยบายในการประชาสัมพันธ์เป็นโปสเตอร์และหนังสือเวียน ข้อมูลข่าวสารการเปลี่ยนแปลงการจราจรล่วงหน้าอย่างทั่วถึง ส่วนการเข้าถึงสถานที่ปฏิบัติงานสำหรับผู้พิการนั้น ได้มีการจัดทำทางลาดสำหรับผู้พิการและห้องน้ำผู้พิการ Universal Design เพื่ออำนวยความสะดวก และมีลิฟต์ที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่ใช้รถเข็นได้สะดวกต่อการใช้งาน รวมถึงมีปุ่มกดเป็นอักษรเบรลล์ สำหรับผู้พิการทางสายตา

จัดให้มีเจ้าหน้าที่ รปภ. ประจำจุดสำคัญคอยให้บริการอำนวยความสะดวกด้านการจราจรตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับบุคคลภายนอกต้องแลกบัตรประชาชนก่อนขึ้นติดต่ออาคารตึกเรียน และมีการกำหนดแผน ป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยจัดอบรมการป้องกันและระงับอัคคีภัย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จัดฝึกซ้อมดับเพลิง และฝึกซ้อมหนีไฟ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ อีกทั้งยังมีการซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยร่วมกับหน่วยงานภายนอก โดยมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ดและฝ่ายอาคารสถานที่ 1 กรมชลประทาน ปากเกร็ด ร่วมซ้อมด้วย โดยสมมติสถานการณ์จริง จากนั้นหลังการประเมินผลการซ้อมดับเพลิงและฝึกซ้อมหนีไฟ นำมาปรับปรุงแผนให้ครอบคลุมและง่ายต่อการปฏิบัติ

มีแผนฉุกเฉินรองรับ กรณีไฟดับ น้ำไม่ไหล โดยมีการสำรองน้ำ ไฟ ใช้ได้นาน 24 ชั่วโมง ระหว่างรอการแก้ไข

การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดในการปฏิบัติงาน มีคณะทำงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน จัดทำแผนด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานอย่างเหมาะสมโดยครอบคลุมสถานที่ทุกแห่งภายใน ศปช มีการวางแผน Walk through surveys หน่วยงานที่มีความเสี่ยง เช่น หน่วยจ่ายกลาง หน่วยการพยาบาล

ห้องผ่าตัด หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยใน (ซึ่งติดเชื้อโรคที่สำคัญ) งานทันตกรรม งานโภชนาการ เป็นต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงจากขั้นตอนการปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ไข เช่น งานโภชนาการมีปัญหาในการเข็นรถบรรจอาหารที่หนักไปยังหอผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่กระดูกและกล้ามเนื้อ ทางผู้บริหารจึงได้อนุมัติให้ติดมอเตอร์ที่รถเข็นเพื่อให้เกิดความสะดวกและลดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงานมีการปรับสถานที่ปฏิบัติภายในโรงครัวมีความร้อนได้ติดพัดลมระบายอากาศในห้องครัว เพื่อระบายความร้อน ตัวชี้วัดและเป้าประสงค์ มีการกำหนดในหมวด 7 เป้าหมายเพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพดีมีความปลอดภัยในการทำงาน และนำผลที่ได้มาจัดโครงการ แนวทางปฏิบัติงานต่าง ๆ และติดตามผล เพื่อมาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

(2) นโยบายและสิทธิประโยชน์สำหรับบุคลากร (WORKFOCE Benefits and Policies)

ศปช มีสวัสดิการบุคลากรตามที่กฎหมายกำหนด ด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ใช้สิทธิตามระเบียบข้าราชการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ส่วนพนักงานมหาวิทยาลัยใช้สิทธิประกันสังคม รวมทั้งสวัสดิการเพิ่มเติมที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ ศปช กำหนดด้านสวัสดิการข้าราชการพยาบาล 15,000 บาท สะสมในปีต่อ ๆ ไปได้ ครอบคลุมการรักษาพยาบาลและการศึกษาบุตร โดยมีสวัสดิการ ตามรูป 5.1-1

บุคลากร	ครอบครัวสายตรง	หลังเกษียณ
<ul style="list-style-type: none"> - เงินช่วยเหลือกรณีประสบภัยพิบัติ - เงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต - เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีคนไข้ใน - เงินช่วยเหลือกรณีประสบอุบัติเหตุ - กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ - สหกรณ์ออมทรัพย์ - ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม-สำหรับบุคลากรของมหาวิทยาลัย - กู้เงินกองทุนสวัสดิการ - กู้เงินจากธนาคารอาคารสงเคราะห์ และธนาคารกรุงไทย - เครื่องแบบพนักงาน, เครื่องหมายอินธนู ประกอบเครื่องแบบ (ชุดปกติขาว) - ค่าลดหย่อนในการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ศปช ที่เข้ารับฯตัวใน ศปช 	<ul style="list-style-type: none"> - เงินช่วยเหลือกรณีเสียชีวิต - บุตรของบุคลากร ศปช ที่อายุเกิน 20 ปี ได้รับส่วนลดส่วนเกินสิทธิค่าห้อง 50% - เบี้ยประกันอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับครอบครัวสายตรงของบุคลากรของมหาวิทยาลัย (สามี ภรรยา บุตรอายุ 6-25 ปี) ในราคาที่ถูกกลาง - การนำบุตรเข้าเรียนในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 	<ul style="list-style-type: none"> - เงินช่วยเหลือกรณีประสบอุบัติเหตุ สำหรับบุคลากร และข้าราชการบำนาญ - ข้าราชการบำนาญได้รับยกเว้นส่วนเกินสิทธิค่าห้อง 50 % บุตรอายุไม่เกิน 20 ปี - เงินชดเชยสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยในกรณีพ้นสภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย (เกษียณ) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2559

รูป 5.1-1 ตารางสวัสดิการ ศปช

5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (Workforce Engagement and Performance)

(1) วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

ศปช มีวิธีการในการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยใช้ค่านิยม คือ PCMC เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง จากเดิมที่ใช้การสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบทางเดียว (One-way Communication) แต่จากผลการประเมินความผูกพันในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนน้อย จึงได้นำผลมาปรับเปลี่ยนและพัฒนาช่องทางการสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบสองทาง (Two-way Communication) เพื่อถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์และนโยบายจากผู้บริหารสู่บุคลากรทุกระดับ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากร เพื่อก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ นอกจากนี้ ผู้บริหารยังนำข้อเสนอแนะจากบุคลากรมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหามาเป็นการเสริมสร้างให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนที่ดีขึ้น

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

รูป 5.2-1 ตารางช่องทางการสื่อสารของบุคลากร

ในการให้อำนาจการตัดสินใจแก่บุคลากร แบ่งตามสายการบังคับบัญชา มอบอำนาจในการตัดสินใจในงานตามหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งนี้อาจมีผลกระทบกับบุคลากร ศปช จะมีการทำประชาพิจารณ์เพื่อให้บุคลากรได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

(2) ปัจจัยขับเคลื่อนความผูกพัน (Drivers of Engagement)

ศปช มีวิธีการกำหนดปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร ผ่านการสำรวจความผูกพันของบุคลากรทุกระดับ ปีละ 1 ครั้ง โดยงานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม โดยในช่วงแรกผลที่ได้จากการวิเคราะห์ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการแบ่งกลุ่มบุคลากรไม่เหมาะสม จึงได้มีการแบ่งกลุ่มบุคลากรให้ชัดเจนขึ้น ทำให้พบว่า มีปัจจัยที่แตกต่างกัน และนำผลในแต่ละด้านมาปรับปรุงในส่วนที่สามารถดำเนินการได้

(3) การประเมินความผูกพัน (Assessment of Engagement)

ศปช มีการประเมินความผูกพันรวมถึงความพึงพอใจ โดยทำแบบสอบถาม 11 ด้าน ปีละ 1 ครั้ง ผ่านการพูดคุยจากทีมผู้บริหารลงเยี่ยมพนักงาน สัมภาษณ์จากแบบสอบถาม Exit Interview ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการลาออก

(4) การจัดการผลการปฏิบัติงาน (PERFORMANCE Management)

ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงานปัจจุบัน ใช้บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติงานรายบุคคลระหว่างบุคลากรกับผู้บังคับบัญชา โดยมีระบบ Performance management system (PMS) ซึ่งประกอบด้วย KPI รายบุคคล และ Core Competency จัดทำทุก 6 เดือน โดยตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน/เกณฑ์การประเมิน จะสอดคล้องกับนโยบายหรือเป้าหมายขององค์กร พร้อมนำหนักหรือคะแนน ในแต่ละหัวข้อ มีการแจ้งผลการประเมินแก่บุคลากรเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน และใช้ผลการประเมินนี้ ในการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนแก่บุคลากรตามผลคะแนนการปฏิบัติงาน รวมทั้งวางแผนการพัฒนารายบุคคล เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ให้ผลการปฏิบัติงานออกมาตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้

มีการให้เงินเพิ่มรายเดือนแก่บุคลากรทุกคน ที่มีวันทำงานครบตามข้อกำหนดและผูกพันกับผลประกอบการของ ศปช ในแต่ละปี

มีการให้ค่าตอบแทนรายเดือนเพิ่มเติมในสายวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลน เช่น นักวิชาการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ นิติกร และนักวิชาการคอมพิวเตอร์

มีทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ให้กับบุคลากรสายวิชาการตามข้อกำหนด กรณีผลงานทางวิชาการได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติตามมาตรฐานข้อมูล SCOPUS

มีการให้ค่าตอบแทนเพิ่มเติม กรณีได้รับตำแหน่งทางวิชาการในสายวิชาการ ตั้งแต่ระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ขึ้นไป และสายสนับสนุนตั้งแต่ระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป

มีการยกย่อง เชิดชูเกียรติ ให้รางวัล โดยพิจารณาคัดเลือกผู้มีผลงานดีเด่นผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เป็นบุคลากรดีเด่นในด้านต่าง ๆ เป็นประจำทุกปี ส่งเสริมและสนับสนุนผลงานที่โดดเด่นในสาขาอาชีพต่าง ๆ ในระดับประเทศ เพื่อนำความสามารถนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมโดยรวม

มีการจัดมหกรรมคุณภาพเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานและการสร้างนวัตกรรม โดยมีการประกวดและให้รางวัลแก่ผู้ชนะตามลักษณะผลงาน ปีละ 1 ครั้ง

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ (Workforce and Leader Development)

(1) ระบบการเรียนรู้และการพัฒนา (Learning and Development System)

งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร (Training Need) ระยะเวลา 5 ปี โดยมีการทบทวนและปรับปรุงแผนทุกปี ตามความเหมาะสมและการเปลี่ยนแปลง แบ่งการพัฒนาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ สายบริหาร สายวิชาการ และสายสนับสนุนวิชาการ โดยยึดตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร เน้นการพัฒนาที่ตอบสนองกับวิสัยทัศน์ขององค์กร

มีการจัดอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น โครงการบริการด้วยใจ สร้างสายใยสู่ความสำเร็จ

กำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรรายบุคคลผ่านการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา ทั้งภายนอกและภายใน บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา นำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดในหน่วยงาน

(2) ประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการพัฒนา (Learning and Development Effectiveness)

องค์กรมีวิธีการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และการพัฒนา ดังนี้

1. การประเมินผลการอบรมภายใน ใช้การวัดความรู้ก่อนและหลังการเข้าอบรม(pre/post test)
2. การประเมินผลการอบรมภายนอก ให้เขียนรายงานผลการไปประชุม/อบรม/สัมมนา ความรู้และประโยชน์ที่ได้รับทั้งต่อตนเองและต่อหน่วยงาน เสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับ รายงานให้ทางฝ่ายทรัพยากรบุคคล รับทราบ และถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับมาภายในหน่วยงาน

3. การประเมินหลังฝึกอบรม 3-6 เดือน โดยสำหรับการลาอบรมระยะสั้น หลังจากอบรมต้องเสนอผลงานโดยเลือกปฏิบัติอย่างน้อย 1 หัวข้อตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ แนวปฏิบัติ/คู่มือภายใน 3 เดือน นวัตกรรม/CQI ภายใน 6 เดือน R2R ภายใน 1 ปี งานวิจัย ภายใน 1 ปี

ในด้านการบริการสุขภาพ ภาพรวมดูจากอัตราการ Refer out น้อยลง มีการเปิดบริการการรักษาในระดับตติยภูมิ/ศูนย์เชี่ยวชาญ (ตามแผนยุทธศาสตร์ ศปช)

ในด้านการเรียนการสอน การพัฒนาอาจารย์ มีการพัฒนาการเรียนการสอนร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว. ผ่านการสัมมนา และโครงการต่าง ๆ และการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนต่อการเรียนการสอน และมีการวัดพึงพอใจของนิสิตแพทย์ที่มีต่อการเรียนการสอน (มีการประเมิน WFME)

ในด้านการวิจัย มีจำนวนผู้ทำวิจัยเพิ่มขึ้น ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีมาตรฐานในระดับชาติ และนานาชาติ มีการนำไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีการจดลิขสิทธิ์ผลสร้างสรรค์ เรื่องระบบจัดการคลังข้อสอบอิเล็กทรอนิกส์ รับรอง ณ วันที่ 24 ตุลาคม 2560

บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตนเองในหลักสูตรการฝึกอบรมระยะยาวทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ตรงกับสายการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จึงทำให้มีอัตราการคงอยู่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนางานตนเอง ในด้านการดูแลและการรักษาผู้ป่วยได้ต่อไป

(3) ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน (Career Progression)

มีการจัดทำ Career Path ให้สอดคล้องกับสายงาน (สายบริหาร สายวิชาการ สายสนับสนุน) ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนสายงานเพื่อความก้าวหน้า มีระเบียบรองรับให้สามารถดำเนินการได้

สายบริหาร การขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น มีการกำหนดคุณสมบัติ เกณฑ์การพิจารณาผ่านคณะกรรมการ ในหน่วยงาน

สายวิชาการ การเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ มีมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามข้อบังคับของ มหาวิทยาลัย โดยไม่มีการจำกัดกรอบ

สายสนับสนุน ข้าราชการมีความก้าวหน้าตามระเบียบของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา พนักงานมหาวิทยาลัยอยู่ระหว่างการจัดทำระเบียบในภาพรวมของมหาวิทยาลัย

การวางแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหารและผู้นำ มีการพิจารณาฝึกอบรมบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็น หัวหน้างาน เพื่อเตรียมความพร้อมขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ผ่านหลักสูตรภายนอกต่าง ๆ ตามความเหมาะสม โดยคัดเลือกจากหัวหน้างาน หรือหัวหน้าสาขาวิชา โดยประเมินจากผลงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งมอบหมายงานที่มีความสำคัญให้ดำเนินการก่อนรับตำแหน่ง โดยเริ่มจากตำแหน่งรักษาการก่อนและมีการประเมินก่อนแต่งตั้งเป็น หัวหน้า

หมวด 6 การปฏิบัติการ

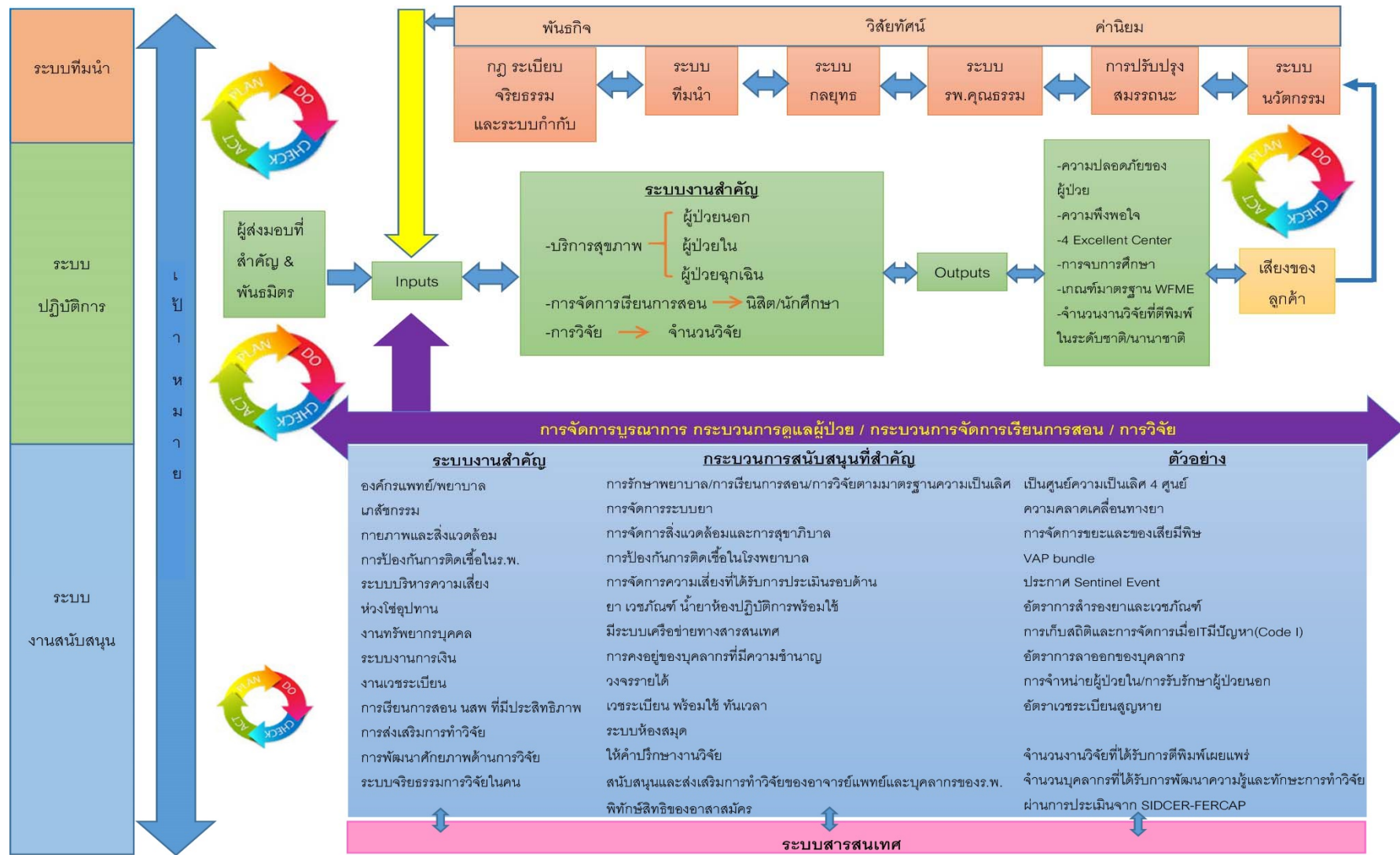
6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

ก. การออกแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการ (Product and PROCESS Design)

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

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

ศปช จัดทำข้อกำหนดระบบงาน ตามรูป 6.1-1 โดยทุกระบบมีการจัดทำตามกระบวนการ ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ ซึ่งตอบโจทย์ความท้าทายโดยใช้การประเมินตนเองตามหลักของ SWOT กำหนดเป็นแผนระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว ถ้าในกรณีที่เป็นจุดที่เป็นความเสี่ยงทาง ศปช ก็จะทำนำมากำหนดเป็นจุดเน้นของ ศปช เป็นปีต่อปี (ดังแสดงในรูป 2.1-3 และรายละเอียดข้อ 2-2 ก (1) ในหมวด 2) ใน การพัฒนา 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)

กระบวนการที่สำคัญ คือ ด้านบริการสุขภาพ 5 กระบวนการ ด้านการเรียนการสอน 2 กระบวนการ และด้านการวิจัย 3 กระบวนการ ตามรูป 6.1-1, รูป 6.1-2 และรูป 6.1-3 มีการทบทวนกระบวนการและตัวชี้วัดทุกไตรมาสตามรอบการติดตามผลการดำเนินงานในหมวด 4 ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหาร ศปช

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ความถี่	ผลลัพธ์
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย ทันเวลา ประสานงานที่ดี รวดเร็วปลอดภัย	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)	งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	ทุกปี	7.2.1
		- อัตราผู้ป่วยเบาหวานจอประสาทตาที่จำเป็นต้องเลเซอร์ ได้รับการเลเซอร์ใน 2 สัปดาห์	ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน Retina ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา	ทุกปี	7.1.17
		- ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่กลับมาห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชม. โดยไม่ได้นัด (Unplanned revisit)	ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ	ทุกปี	7.1.13
		- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุ	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ	ทุกปี	7.1.3
		- อัตราตายรายปีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5 ลำดับแรก	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง	ทุกปี	7.1.1
การประเมินผู้ป่วย	ถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสม	- อัตราการเกิดปฏิกิริยาแทรกซ้อนจากการให้เลือด	สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค	ทุกปี	7.1.32
		- อัตราการรายงานผล Lab ผิดพลาด	สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค	ทุกปี	7.1.33
		- อัตราการรายงานผล Lab วิกฤต	สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค	ทุกปี	7.1.34
		- ร้อยละของการถ่าย-ส่งเอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน	สาขาวิชารังสีวิทยา	ทุกปี	7.1.35
		- อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	สาขาวิชารังสีวิทยา	ทุกปี	7.1.36

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ความถี่	ผลลัพธ์
การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย	มีเป้าหมายชัดเจนสอดคล้องตามปัญหาและความต้องการผู้ป่วยดูแลตนเองได้ การประสานงานที่ดี	- ระยะเวลาอนโรยพยาบาล (LOS) ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด MIS	ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน MIS	ทุกปี	7.1.8
		- อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนกระจกตามีระดับการมองเห็นดีขึ้นอย่างน้อย 3 ระดับ	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา	ทุกปี	7.1.4
		- ผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับรุนแรง อาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษา	ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการนอนกรน	ทุกปี	7.1.6
		- ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ Prophylactic antibiotic 1 ชั่วโมงก่อนลงมีด	ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนข้อเข่า	ทุกปี	7.1.19
การดูแลผู้ป่วย	ทันทั่วถึง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ	- สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง	ทุกปี	7.1.2
		- อัตราการติดเชื้อในข้อเข่า หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายใน 1 ปี	ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนข้อเข่า	ทุกปี	7.1.9
	ทันทั่วถึง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ	- อัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิด	ทุกปี	7.1.5
		- อัตราสูญเสียการมองเห็นรุนแรงในเบาหวานที่ต้องรับการเลเซอร์	ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน Retina	ทุกปี	7.1.7
		- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	หน่วยเวชระเบียน	ทุกปี	7.1.10
		- อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)	หน่วยการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (IC)	ทุกปี	7.1.20
		- อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)	หน่วยการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (IC)	ทุกปี	7.1.21
		- อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)	หน่วยการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (IC)	ทุกปี	7.1.22

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ความถี่	ผลลัพธ์
		- อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา	ทุกปี	7.1.14
		- อัตราการติดเชื้อของบาดแผลผ่าตัดผ่านกล้องภายใน 1 ปี	ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน MIS	ทุกปี	7.1.18
		- อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์)	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิด	ทุกปี	7.1.15
		- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการนอนกรน	ทุกปี	7.1.16
การให้ข้อมูลเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง	ดูแลตนเองได้ เชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพทุกขั้นตอน ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการ	- ร้อยละความพึงพอใจจากการเยี่ยมบ้าน	สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว	ทุกปี	7.2.5
		- มีความทันเวลาของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบ	สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว	ทุกปี	7.1.37
กระบวนการสนับสนุน					
ระบบการกำกับดูแลวิชาชีพ	เพื่อเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ	- อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์	ฝ่ายการพยาบาล	ทุกปี	7.1.23
ระบบบริหารความเสี่ยง	ความปลอดภัย และ ผลการรักษาที่ดี	- จำนวนครั้งของการเกิด Sentinel Event ที่ ร.พ.กำหนด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ทุกปี	7.1.43
		- จำนวนระบบที่ได้รับการแก้ไขจากกรทบทวน	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	ทุกปี	7.1.44
ระบบกายภาพและสิ่งแวดล้อม	ถูกต้องตามกฎหมาย ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า	- ระบบไฟฟ้าทั้งระบบในหน่วยบริการดับเกิน 2 นาที	งานซ่อมบำรุง	ทุกปี	7.1.45
		- สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	งานกายภาพสิ่งแวดล้อม	ทุกปี	7.1.9
		- การบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์	งานเครื่องมือแพทย์	ทุกปี	7.1.25
		- ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	งานซ่อมบำรุง	ทุกปี	7.1.24
		- ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของกรมอนามัย	งานซ่อมบำรุง	ทุกปี	7.1.26

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ความถี่	ผลลัพธ์
ระบบยา	- มีประสานการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม	- อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน)	งานเภสัชกรรม	ทุกปี	7.1.29
		- อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)	งานเภสัชกรรม	ทุกปี	7.1.30
		- จำนวนครั้งการเกิดการแพ้ยาซ้ำ	งานเภสัชกรรม	ทุกปี	7.1.14
ระบบสารสนเทศ	- ความรวดเร็ว - ข้อมูลที่มีคุณภาพ	- Information systems down time	หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	ทุกปี	7.1.41 7.1.42
		- Information systems response time	หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	ทุกปี	
ระบบงานทรัพยากรบุคคล	- สมรรถนะ - อัตราการกำลัง - การคงอยู่	- อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม	งานทรัพยากรบุคคล	ทุกปี	7.3.7
		- ระดับความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร จำแนกตามกลุ่ม	งานทรัพยากรบุคคล	ทุกปี	7.3.8
		- ร้อยละการพัฒนานักบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม	งานทรัพยากรบุคคล	ทุกปี	7.3.9
		- ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	งานทรัพยากรบุคคล	ทุกปี	7.3.4
		- อัตราการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีตามกลุ่มอายุ	งานทรัพยากรบุคคล	ทุกปี	7.3.5
		- คะแนนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล อยู่ระดับ 5 (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค)	คณะทำงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	ทุกปี	7.3.6
ระบบการเงิน		- Current ratio	งานคลัง	ทุกปี	7.5.1
		- Quick ratio	งานคลัง	ทุกปี	7.5.2
		- ร้อยละของงบประมาณที่เบิกจ่ายได้ตรงตามเป้าหมาย	งานคลัง	ทุกปี	7.5.3
		- อัตราการเรียกคืนเงิน (Reimbursement) ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง	งานสิทธิประโยชน์	ทุกปี	7.5.4
ระบบงานเวชระเบียน		- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.	เวชระเบียน	ทุกปี	7.1.27
		- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	เวชระเบียน	ทุกปี	7.1.28

รูป 6.1-2 ตารางระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (การบริการสุขภาพ)

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ความถี่	ผลลัพธ์
การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต	หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ 2561	-จำนวนการเข้าร่วมประชุมและร่วมจัดทำหลักสูตรกับคณะแพทยศาสตร์	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ทุกปี	-
การรับนิสิตแพทย์	รับ นสพ ตรงจาก คณะแพทยศาสตร์ มศว	-มีการรับ นสพ ตามข้อตกลงร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มศว 60 คน ในชั้นปี 4, 5, 6	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ทุกปี	-
การเรียนการสอน นิสิตแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ	นสพ. มีความรู้ ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	-ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับ รองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE 3) ในการสมัครสอบครั้งแรก	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ทุกปี	7.1.11
การพัฒนาศักยภาพอาจารย์แพทย์เพื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ	อาจารย์มีความรู้ด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	-ร้อยละของอาจารย์แพทย์ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านแพทยศาสตร์ศึกษา	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ทุกปี	7.1.38
การสนับสนุนการเรียน (ความพร้อมด้านกายภาพ และการบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดสอบ)	นิสิตแพทย์ได้รับการจัดการเรียนการสอน ตาม มคอ.	-ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ทุกปี	7.2.6
		-ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการเรียนการสอน	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ทุกปี	7.2.7
ประเมินการติดตามผลและสรุปผล	-วิเคราะห์ผลการประเมินและนำมาพัฒนา การจัดการเรียนการสอน -ประเมินคุณภาพการศึกษา และนำมาปรับปรุงในปีการศึกษาถัดไป	-ผลการประเมิน WFME	งานแพทยศาสตร์ศึกษา	ตามรอบปี การประเมิน	-

กระบวนการที่สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ความถี่	ผลลัพธ์
กระบวนการสนับสนุน					
1.ระบบห้องสมุด (สนับสนุนด้านการเรียนการสอนและการวิจัย)	-มีข้อมูลทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่พอเพียงทันสมัย มีฐานข้อมูล Online มีพื้นที่บริการสำหรับอ่านหนังสือ	- ร้อยละของการค้นหาเอกสารทางการแพทย์ได้ทันเวลาที่กำหนด	งานห้องสมุด	ทุกปี	7.1.39

รูป 6.1-3 ตารางระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (การเรียนการสอน)

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. รับร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ 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 สาขาวิชาโสต ศอ นาสิก สาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ใน 4 สาขาวิชาหลัก คือ สาขาวิชาออร์โธปิดิกส์ และสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ด้านการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนานิสิตแพทย์: ศปช. มีคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและคณะกรรมการแพทยศาสตรศึกษา ประชุมร่วมคณะแพทยศาสตร์ทุกเดือน เพื่อจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตาม มคอ. และเกณฑ์มาตรฐาน WFME นอกจากนี้ ศปช. มีการจัดอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากในห้องเรียน เช่น กิจกรรมวิชาการ ศปช. /การจัดโครงการบริการวิชาการ/การจัดโครงการสานฝันปันรัก ซึ่งเป็นกิจกรรมร่วมกับประชาชนในชุมชนและสถานสงเคราะห์ เพื่อให้ นิสิตแพทย์มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติรวมทั้งมุ่งเน้นการพัฒนา นิสิตแพทย์ให้มีความรู้คู่คุณธรรมและมีจิตสาธารณะ ที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย

เพื่อให้การเรียนการสอนนิสิตแพทย์มีประสิทธิภาพ จึงมีกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพอาจารย์แพทย์ด้านการเรียนการสอน เทคโนโลยีสำหรับการเรียนการสอน โดยเป็นนโยบายให้อาจารย์แพทย์ใหม่จะต้องเข้าร่วมอบรมแพทยศาสตรศึกษาขั้นพื้นฐานทุกท่าน และยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มอาจารย์แพทย์ทั้งหมด

การประเมินและติดตามผล: ศปช มีการประเมินผลความพึงพอใจ ของนิสิตแพทย์ ต่อการจัดการ การเรียนการสอนในทุกสาขาวิชา โดยในช่วงแรกดำเนินการจัดทำด้วยแบบสอบถามในกระดาษ แต่พบว่าการประเมินผล ค่อนข้างล่าช้า จึงมีการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับการประเมินผลการเรียน ความพึงพอใจโดยใช้ระบบออนไลน์ ทำให้อาจารย์ผู้สอนสามารถทราบผลการประเมินได้รวดเร็ว สามารถพัฒนาและปรับปรุงการเรียน การสอน ได้ในกลุ่มถัดไป เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพการสอนที่ดี และจากผลการวิเคราะห์ความต้องการของ นสพ. พบว่า มีความต้องการฝึกทักษะทางคลินิกในหลายหัวข้อ เพื่อเตรียมตัวสอบ และเพิ่มความชำนาญในการทำ หัตถการ ศปช จึงพัฒนาห้องฝึกทักษะทางคลินิก (Chonprathan Clinical Simulation Center) เพื่อให้นิสิตแพทย์ สามารถเข้ามาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

กระบวนการที่ สำคัญ	ข้อกำหนดที่สำคัญ ของกระบวนการ	ตัวชี้วัดระบบงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา/ ความถี่	ผลลัพธ์
การส่งเสริมการทำ วิจัย	สนับสนุนและส่งเสริม การทำวิจัยของอาจารย์ แพทย์และบุคลากรของ โรงพยาบาล	- จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ใน ระดับชาติและระดับนานาชาติ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการงานวิจัย - ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ งานวิจัย	งานวิจัย	ทุกปี	7.1.12 7.2.8 7.2.9
การพัฒนาศักยภาพ ด้านการวิจัย	พัฒนาบุคลากรของ โรงพยาบาลให้มีความรู้ และทักษะในการทำวิจัย	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะในการทำวิจัย	งานวิจัย	ทุกปี	-
การบริหารงานวิจัย	ส่งเสริมสนับสนุนให้ขอ ทุนอุดหนุนวิจัยทุนตีพิมพ์ ทุนนำเสนอผลงานวิจัย ทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ	- ร้อยละของงานวิจัยที่เกิดจาก แหล่งทุนเดิม - ร้อยละของจำนวนทุนวิจัยที่ใช้ในแต่ละปี	งานวิจัย	ทุกปี	7.2.16 7.1.40
กระบวนการสนับสนุน					
ส่งเสริมจริยธรรม การวิจัยในคน	จริยธรรมการวิจัยที่ได้ มาตรฐานสากล และ ส่งเสริมให้นักวิจัยผ่าน อบรมมาตรฐานการ จริยธรรมการวิจัยในคน	- ผ่านรับการประเมินจาก SIDCER- FERCAP - จำนวนนักวิจัยที่ผ่านการอบรมจริยธรรม การวิจัยเบื้องต้น	คณะกรรมการ จริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์	ทุกปี	- -

รูป 6.1-4 ตารางระบบงานข้อกำหนดของระบบงานและตัวชี้วัดระบบงาน (การวิจัย)

งานวิจัย ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์และบุคลากรของ ศปช สร้างผลงานวิจัยที่มี คุณภาพ ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและนานาชาติ รวมทั้งนำผลงานวิจัยมาใช้พัฒนางานได้ ศปช แต่งตั้ง คณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัยที่ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์สาขาวิชาต่าง ๆ ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยทาง คลินิก และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและสถิติสำหรับการวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำและติดตาม การทำวิจัยของอาจารย์แพทย์และบุคลากรของ ศปช จากการเก็บตัวชี้วัด

จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ 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 จะต้องทำตามขั้นตอนของระเบียบโรงพยาบาลชลประทาน ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลชลประทาน พ.ศ. 2552 โดย ศปช มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทำหน้าที่พิจารณาโครงร่างการวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร ต่อมาพบข้อขัดข้องเรื่อง การแก้ไขโครงร่างการวิจัยที่ไม่ตรงตามระเบียบวิธีวิจัยจำนวนมาก ทางงานวิจัยจึงได้จัดให้มีการอบรมการเขียนโครงการวิจัย และกำหนดให้นักวิจัยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(3) แนวคิดในการออกแบบ

ศปช มีแนวคิดในการออกแบบโดยใช้การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ดังกล่าวไว้ในหมวด 1) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ (ดังแสดงในรูป 2.1-3 และ ข้อ 2.2 ก (1) ในหมวด 2) ปัญหาที่ได้จากการประเมินผลทั้งภายใน (การเยี่ยมสำรวจภายใน ทีม IS) และภายนอก (สภวิชาชีพ 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) ข้อมูลเสียงของลูกค้า/ผู้ใช้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คู่ความร่วมมือและบุคลากร (2) การนำเทคโนโลยีใหม่ (โปรแกรม HOSxP version 4 โปรแกรม

Inventory การพัฒนา Application) (3) การนำความรู้ซึ่งปรากฏอยู่ในระบบสารสนเทศขององค์กร โดยผ่านระบบ HOSxP ระบบความเสี่ยง (HRMS) และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (4) คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วยและลูกค้าผ่านสายธารแห่งคุณค่า VSM (5) ความเป็นเลิศของผลิตภัณฑ์ซึ่งปรากฏอยู่ในสารสนเทศ เช่น ระบบ HOSxP ระบบความเสี่ยง (HRMS) มากำหนด (ก) เป้าหมายของกระบวนการทำงาน (ข) ตัวชี้วัดของกระบวนการทำงาน (ค) การสื่อสารกระบวนการทำงานสู่บุคลากร และ (ง) การใช้ทรัพยากรทั้งจากภายในและจางภายนอกมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้บริหาร ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้บริหารกำหนดในแผนกลยุทธ์เป็น Excellent Center ทางด้านโรคมะเร็ง อนุมัติการจัดหาเครื่องผสมยาเคมีบำบัด การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความชำนาญและมีประกาศนียบัตรรับรองทั้งในการผสมและให้ยาเคมีบำบัด และมีการตั้งคณะกรรมการเคมีบำบัด ประกอบด้วยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาออกแบบและพัฒนาระบบงาน เช่น การให้บริบาลทางเภสัชกรรม การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาเคมีบำบัดรวมทั้งข้อควรปฏิบัติตน อาหารที่รับประทานในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดและประเมินผลการรับรู้การปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการประชุมสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงแก้ไขระบบงาน (PDCA)

ข. การจัดการและการปรับปรุงกระบวนการ (PROCESS Management and Improvement)

(1) การนำกระบวนการไปปฏิบัติ (PROCESS Implementation)

ศปช มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและมีการกำกับการทำงานประจำวันไปตามข้อกำหนดของระบบงานแบบ 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 การจัดการอบรม ระเบียบ คู่มือ วิธีการปฏิบัติ (3) จัดให้มีการจัดการความรู้ แบ่งปันความรู้และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและบุคลากรในรูปแบบคณะกรรมการมาจากส่วนงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานทุกกระบวนการ (4) การวัดผลการปฏิบัติและสมรรถนะ ถ้าพบกระบวนการไม่เป็นไปตามข้อกำหนด จะดำเนินการจัดการและปรับปรุงระบบงานและใช้วงจร PDCA ในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ (ดังรูป 6.1-1) เช่น ด้านบริการสุขภาพ ทีมนำการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ ได้ทบทวนตัวชี้วัด ตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการนำมากำหนดและปรับปรุง CPG CNPG ต่าง ๆ มีการจัดการความรู้ผ่านการอบรมและชุมชนนักปฏิบัติ (CoP)

(2) กระบวนการสนับสนุน (Support PROCESSES)

ศปช มีการกำหนดระบบงานสนับสนุนให้สอดคล้องกับกระบวนการที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนกระบวนการหลักให้สามารถดำเนินงานไปได้ตามเป้าหมาย (อยู่ในส่วนล่างสุดใน รูป 6.1-1) โดยมีการกำกับการปฏิบัติงานประจำวันไปตามข้อกำหนดของระบบงานที่สอดคล้องและเชื่อมโยงในเนื้อเดียวกับกระบวนการหลักในการสนับสนุน

ผลิตภัณฑ์/บริการ (1) มีการทบทวนระบบงานสนับสนุนปัจจุบันให้ระบบงานบรรลุข้อกำหนด (2) มีการระบุถ้าพบปัญหาในระบบงานสนับสนุน และ/หรือ (3) มีการระบุความต้องการในกระบวนการระบบงานสนับสนุนเพื่อเสียงของลูกค้าหรือข้อกำหนดที่จำเป็นอื่น ๆ มีปรากฏในแผนกลยุทธ์ (หมวด 2) เพื่อสนับสนุนงานในปัจจุบันและอนาคต เช่น งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานบริหารและธุรการ งานคลังและพัสดุ งานนโยบายและแผน งานประกันคุณภาพการศึกษา งานประชาสัมพันธ์ งานวิเทศสัมพันธ์ งานเวชนิทัศน์ งานแพทยศาสตรศึกษาและแพทย์ใช้ทุน และงานห้องสมุด เป็นต้น โดยกระบวนการจะสอดคล้องกับระบบงานสนับสนุนที่สำคัญและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ใช้หลักการกำกับกับการปฏิบัติงานจากกระบวนการทบทวนองค์กร เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันสามารถบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ

(3) การปรับปรุงผลิตภัณฑ์และกระบวนการ (Product and PROCESS Improvement)

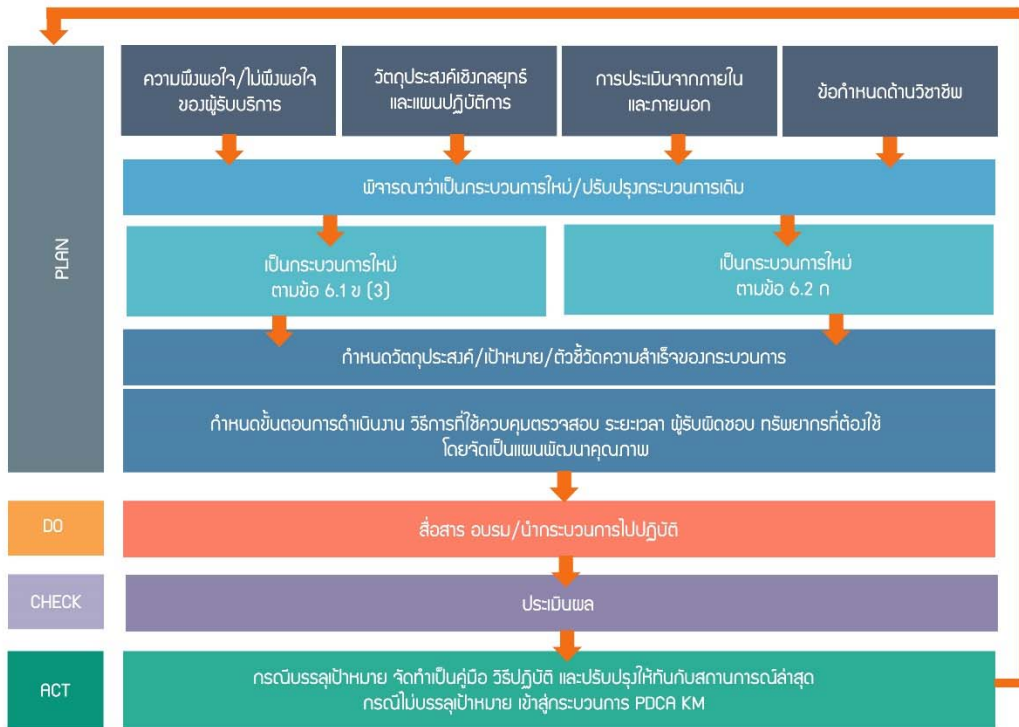
คณะกรรมการบริหาร ศปช ได้ประชุมร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลการดำเนินงาน 4 ด้าน คือ ด้านผลิตภัณฑ์ (บริการสุขภาพ/การเรียนการสอน/การวิจัย) ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า ด้านการปฏิบัติการ ด้านการเงินและการตลาด เพื่อปรับปรุงความน่าเชื่อถือ/ลดความแปรปรวนของกระบวนการและบรรลุเป้าหมายของสมรรถนะหลักขององค์กรโดยใช้วงจร 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

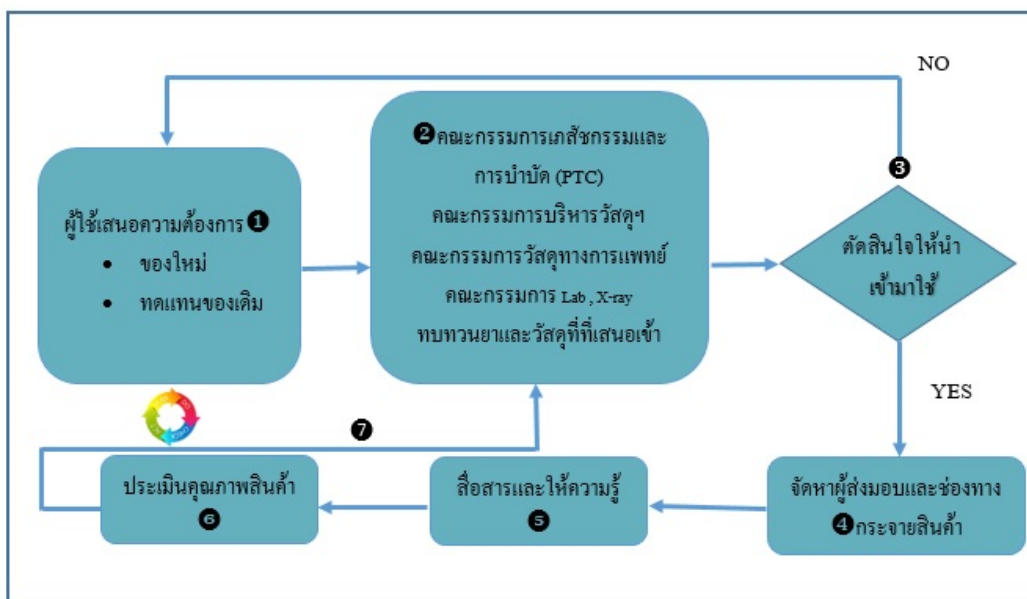
Act นำข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจภายใน การลงเยี่ยมหน้างานของผู้บริหาร การให้นโยบาย Change for the Better มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อปรับปรุงงานผ่านค่านิยมองค์กร (PCMC) โรงพยาบาลคุณธรรม (บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ) ส่วนที่ได้รับการปรับปรุงเป็น Best Practice ให้จัดทำเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติ มีการใช้ PDCA ในการปรับปรุงให้ทันสมัยพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 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 7 ขั้นตอน ดังรูป 6.1-6



รูป 6.1-6 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

โดยเริ่มจาก ❶ ผู้ใช้จากทุกหน่วยงานใน ศปช เขียนแบบฟอร์มแสดงความต้องการ/ไม่ต้องการ มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์/อวัยวะเทียม ใน ศปช หรือ แบบฟอร์มเสนอขอเข้าในบัญชียา ศปช เสนอต่อคณะกรรมการฯ ❷ ทำการทบทวนข้อกำหนดคุณภาพ ผลการใช้ความพึงพอใจ ความคุ้มค่า ผลการรักษาดี ❸ ถ้าผลการตัดสินใจคัดเลือกผู้จำหน่าย/ผู้ส่งมอบ ❹ ดำเนินการจัดหาผู้จำหน่ายและช่องทางกระจายสินค้า ❺ ดำเนินการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ใช้ในเรื่องยาใหม่ เวชภัณฑ์ใหม่ หรือสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้จำหน่ายยา โดยมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทำหน้าที่ในการคัดเลือก ตามหลักเกณฑ์ทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก เพื่อให้มั่นใจได้ถึงคุณภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้แทนจำหน่ายยาจะต้องจำหน่ายยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการจัดซื้อ จัดจ้างภาครัฐ 2560 และเป็นผู้มีหน้าที่ในการส่งเสริมการขายภายใต้ประกาศจริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของโรงพยาบาล ให้บริการข้อมูลทางวิชาการที่เป็นกลางและถูกต้อง การควบคุมราคาขายไม่เกินราคากลาง หรือราคาสมเหตุผล สนับสนุนทางเทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น ระบบการเติมยาโดยบริษัทฯ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการและเครือข่ายในการแบ่งปันวิธีการปฏิบัติที่ดี การประเมินและวัดผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบยังไม่มีข้อกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร แต่เมื่อพบการส่งมอบที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดจะใช้โทรศัพท์แจ้งและไม่รับสินค้า กรณีที่ส่งมอบสินค้าอายุสั้น กำหนดให้มีหนังสือยืนยันการรับเปลี่ยนถ้าสินค้าหมดอายุ ในอนาคตจะต้องมีการนำข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการมาร่วมพิจารณา Lab บริษัทผู้ค้า จ้างเหมา ถามในห้องประชุม ให้เพิ่มห่วงโซ่อุปทานด้านนี้

ง. การจัดการนวัตกรรม (INNOVATION Management)

จากการประเมินความเสี่ยง พบว่า องค์กรมีความท้าทายในด้านการเงิน ซึ่งจะต้องดำเนินการทั้งการเพิ่มรายรับและลดรายจ่ายไปพร้อม ๆ กัน ศปช ได้สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานปรับปรุงระบบงาน โดยใช้กระบวนการ Lean และส่งเสริมให้คิดค้นนวัตกรรมเพื่อดูแลความปลอดภัยและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยจัดให้มีการนำเสนอผลงานในงานมหกรรมคุณภาพทุกปี ผลงานของหน่วยงานที่ดีจะมีการขยายผลให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้ต่อไป เช่น กระดาษ Complete เพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เปรียบเทียบผลการผลิตและการใช้ไขขาวในผู้ป่วยเฉพาะโรคระหว่างไขไก่ต้มทั้งฟองกับผลิตภัณฑ์ไขขาวแปรรูป ด้านเวลา ต้นทุน ขั้นตอนในการผลิตคุณค่าสารอาหารและความพึงพอใจ การลดระยะเวลารอคอยรับยา การเพิ่มจุดบริการด้านการเงิน เป็นต้น

6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operational Effectiveness)

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (PROCESS Efficiency and EFFECTIVENESS)

ศปช มีแนวทางการควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการปฏิบัติการ โดยการนำแนวทางไปปฏิบัติผ่านกระบวนการ PDCA KM และ Lean โดย 1) กำหนดให้ทุกหน่วยงานประเมินตนเอง ทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการสุขภาพและการบริการด้านการศึกษา ทั้งรอบเวลา ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่า คุ้มทุน 2) กำหนดแผนกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการโดยใช้แนวคิด Lean และ Unit cost โดยมีคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการบริหารวัสดุและอุปกรณ์

ทางการแพทย์ และคณะกรรมการห้องปฏิบัติการ เป็นแกนนำในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน 3) ที่มำนำและหน่วยงานต่าง ๆ นำแนวคิด KM, Lean ไปปฏิบัติ 4) ประเมินประสิทธิผลของกระบวนการและปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้นผ่านกระบวนการ PDCA

ในแนวทางของการออกแบบระบบงาน มีการวัดรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลตลอดกระบวนการทำงาน การลดความคลาดเคลื่อนทางยา ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ กระบวนการที่มีการวัดรอบเวลาจะดำเนินการด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ เช่น การเข้าถึงยาในผู้ป่วย Sepsis การตรวจพิเศษทางรังสีในผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่วนงานสนับสนุนจะเน้นการป้องกันกระบวนการทำงานซ้ำและลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนเหล่านั้น ผ่านเครื่องมือ Lean ทำให้องค์กรได้สถานที่ทำงานที่ได้มาตรฐาน มีกระบวนการเรียนรู้ผ่านเครื่องมือ KM ที่สหสาขาบทพจนแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานออกมาเป็น CPG CNPG คู่มือต่าง ๆ การบริหารจัดการด้วยสายตา การแก้ปัญหา การนำแนวทางการตรวจสอบ แนะนำ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดค่าใช้จ่าย การสูญเปล่า และเพิ่มกิจกรรมที่เพิ่มคุณค่าแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น มีการนำการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล (RDU: Rational Drug Use) มาใช้ ทำให้พบปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนที่ไม่เหมาะสม จึงใช้การประเมินการใช้ยา (DUE: Drug Use Evaluation) ช่วยให้งานเภสัชกรรมสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะ และผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) จัดทำ Basic Set เพื่อควบคุมต้นทุนของกระบวนการทำงาน วิเคราะห์ต้นทุนน้ำยาทางห้องปฏิบัติการ

ข การจัดการระบบสารสนเทศ (Management of Information Systems)

(1) ความน่าเชื่อถือได้ (Reliability)

ทางองค์กรมีกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลและการทวนสอบข้อมูลตาม 4.2 ก. (1), (2) ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

(2) ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ (Security and Cybersecurity)

เพื่อรักษาความปลอดภัยของระบบฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศของ ศปช มีการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงระบบสารสนเทศตามตำแหน่งหน้าที่ที่กำหนด โดยใช้ Username และ Password ทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่า ใครเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลดังกล่าว ในกรณีที่พบว่ามีผู้ใช้ระบบโดยที่ไม่ได้รับอนุญาต

การสำรองข้อมูล ระบบปฏิบัติการ HOSxP ที่ใช้ปัจจุบันมีการสำรองข้อมูล (Backup) แบบ Realtime ในคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำรอง (Server) และเจ้าหน้าที่สารสนเทศจะทำการตรวจสอบทุกวันทำการ ว่าข้อมูลได้ถูกสำรองจริง และยังมีสำรองข้อมูลลงในอุปกรณ์เก็บข้อมูลภายนอก (External Hard Drive) ทุกเดือน ในกรณีที่ข้อมูลในคอมพิวเตอร์แม่ข่ายทั้ง 2 ตัว มีปัญหา จะสามารถนำข้อมูลย้อนหลังมาใช้ได้

ฝ่ายบริหารกำหนดนโยบายให้หน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศติดตั้ง Antivirus ทุกเครื่องใน ศปช รวมถึงไม่ให้ใช้ Internet ในเครื่องที่มีระบบปฏิบัติการ HOSxP เพื่อป้องกันไวรัสเข้าสู่ฐานข้อมูลของ ศปช

ส่วนการป้องกันการแทรกแซงจากภายนอกผ่านระบบ Internet มีระบบ Firewall ในการดักจับไวรัสและมัลแวร์ที่การใช้งาน Internet เมื่อพบการใช้งานที่ไม่เหมาะสมจะมีการแจ้งแก้หัวหน้า

ค. การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและต่อภาวะฉุกเฉิน (Safety and Emergency Preparedness)

(1) ความปลอดภัย (Safety)

คณะทำงานกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยวิเคราะห์สถานการณ์ฉุกเฉินจากภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นในอดีตและคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่ผ่านมา ศปช. เคยประสบเหตุการณ์น้ำท่วม ปี 2554 โดยน้ำท่วมพื้นที่โดยรอบ ศปช. แต่ไม่ท่วม ศปช. และกรมชลประทาน ทำให้ต้องวางแผนการเปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมทั้งจัดหาที่พักให้เจ้าหน้าที่ที่บ้านน้ำท่วมให้สามารถปฏิบัติงานได้ จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติ (แผนป้องกัน) เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีการฝึกอบรมและฝึกซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยพิบัติภาวะฉุกเฉิน (แผนเผชิญเหตุ) ศปช. ดำเนินการให้มีการจัดอบรมเตรียมพร้อมเผชิญภัยพิบัติทุกปี ตั้งแต่ปี 2558-2561 โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกมาบรรยาย และวิเคราะห์ความเสี่ยงของ ศปช. และให้บุคลากรร่วมกันแก้ไขปรับปรุงแผนปฏิบัติการของ ศปช. ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และจัดให้มีการซ้อมแผนปฏิบัติการทุกปีโดยจัดร่วมกับหน่วยงานภายนอก คือ สสจ.นนทบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ระดับจังหวัดและแผนระงับอัคคีภัยทุกปีร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกเวลาราชการ แสดงให้เห็นถึงการป้องกัน การจัดการความต่อเนื่องของการดำเนินการ ทั้งนี้ พบว่า แผนอพยพมีความชัดเจนในแผนระงับอัคคีภัยส่วนแผนฟื้นฟูสุขภาพเดิมและแผนการพึ่งพา ยังไม่มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร

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

คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการวางแผนเตรียมรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับจังหวัดนนทบุรี ประสานงานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

(2) ความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity)

เพื่อให้แน่ใจว่า ศปช. มีความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน ได้จัดให้มีคณะกรรมการ 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 สัญจรในหน่วยงานที่คาดว่าหรือเคยเกิดปัญหาในการ CPR อีกทั้งจัดอบรมแก่หน่วยงานภายนอก ศปช. เช่น วัดชลประทานรังสฤษดิ์ โรงเรียนชลประทาน เตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ ได้แก่ AED รถพยาบาล และจัดซ้อม

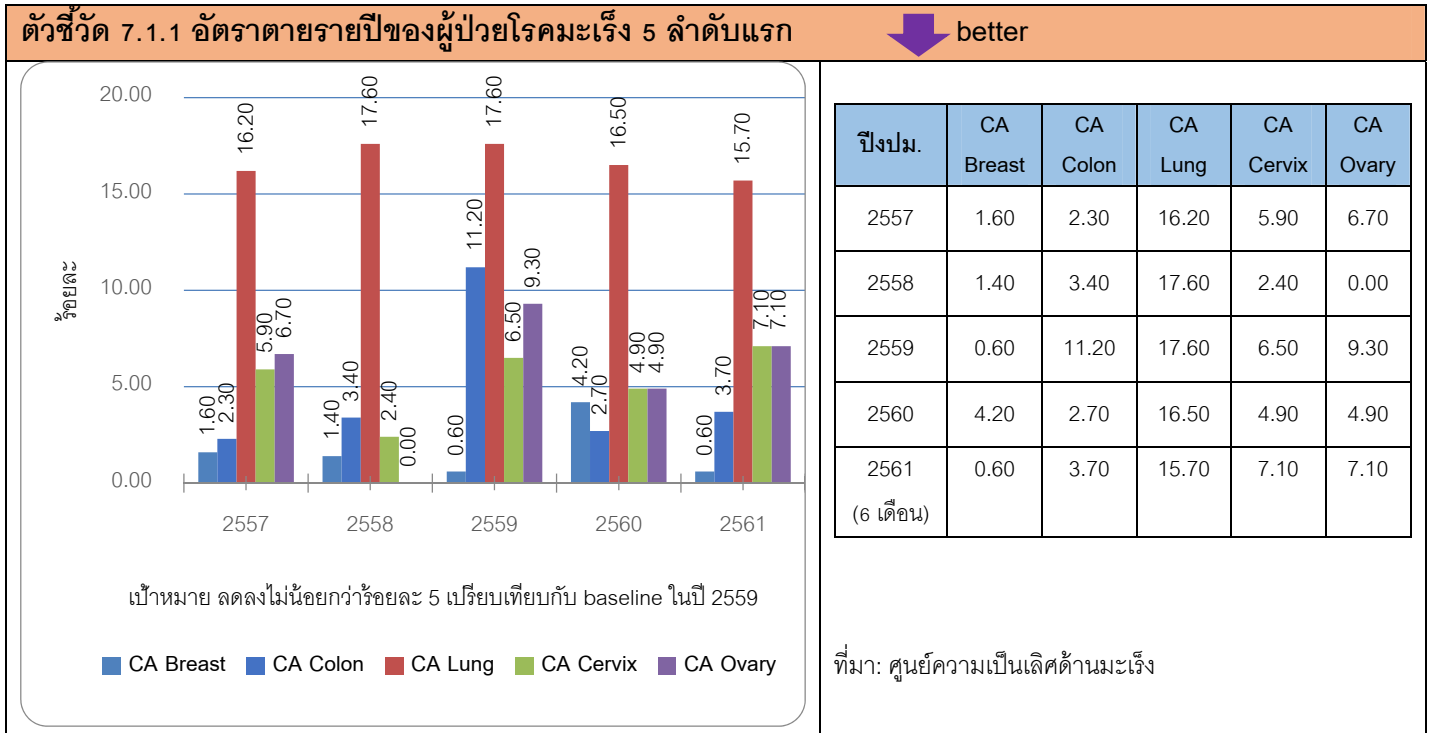
อุบัติภัยหมู่ร่วมกับเทศบาลนนทบุรีทุกปี 3) คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการวางแผนเตรียมรับมือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำร่วมกับจังหวัดนนทบุรี ประสานงานการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดกับโรงพยาบาลในเครือข่าย

หมวด 7 ผลลัพธ์

ผลการดำเนินงานในหมวดผลลัพธ์

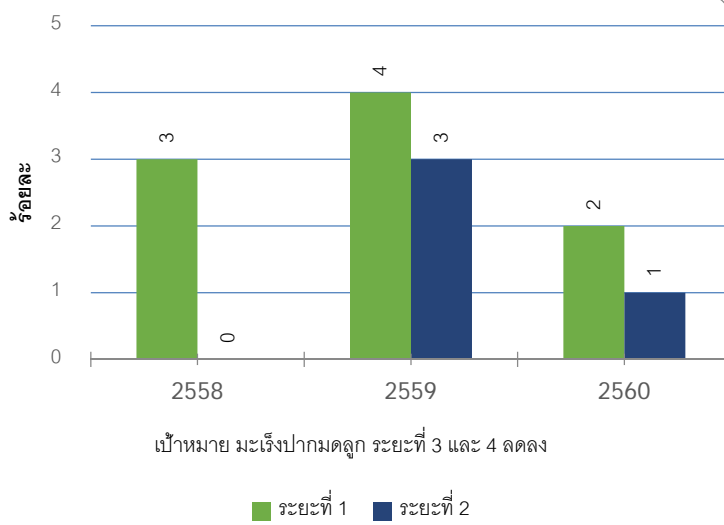
7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการ

7.1 ก. ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการที่มุ่งเน้นลูกค้า (การบริการสุขภาพ)



จากตัวชี้วัด 7.1.1 พบว่าอัตราตายจากโรคมะเร็ง 5 ลำดับแรก โรคมะเร็งเต้านมมาเป็นอันดับ 1 จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปีงบประมาณ 2557-2561 พบว่า ในปีงบประมาณ 2560 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ทั้งหมด 184 คน พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.2 และในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ทั้งหมด 161 คน พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.6 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาเป็นอันดับ 2 พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 133 คน พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.2 และในปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 88 คน พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.3 โรคมะเร็งปอดมาเป็นอันดับ 3 พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งหมด 91 คน พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.6 และในปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งหมด 37 คน พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.2 โรคมะเร็งปากมดลูกมาเป็นอันดับ 4 พบว่า ในปีงบประมาณ 2561 (6 เดือน) มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นทั้งหมด 28 คน พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.1 และในปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 42 คน พบเสียชีวิตน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.4 โรคมะเร็งรังไข่มาเป็นอันดับ 5 พบว่า ในปีงบประมาณ 2559) ผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ ทั้งหมด 43 คน พบเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.3 และในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด 21 คน ไม่พบผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0

ตัวชี้วัด 7.1.2 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2



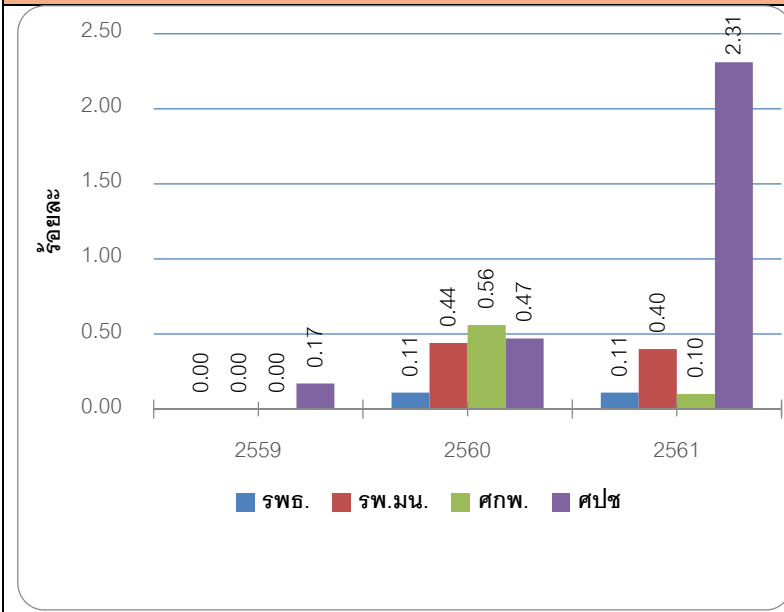
ปีงบประมาณ	ระยะที่ 1 (ราย)	ระยะที่ 2 (ราย)
2558	3	0
2559	4	3
2560	2	1

ที่มา: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.2 จากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปีงบประมาณ 2558 -2561 พบว่า ในปีงบประมาณ 2559 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปี ทั้งหมด 9 ราย พบระยะที่ 1 และ 2 คิดเป็น ร้อยละ 77.8 ซึ่งทำให้สัดส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 3 และ 4 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 22.2 ในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีทั้งหมด 6 ราย ทั้งระยะที่ 1-2 และ 3-4 มีสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2560 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีทั้งหมด 9 ราย ทั้ง ระยะที่ 1และ 2 คิดเป็น ร้อยละ 33.3 ซึ่งทำให้สัดส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 3 และ 4 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 66.7 และในปีงบประมาณ 2561 (6 เดือน) ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีทั้งหมด 4 ราย ทั้ง ระยะที่ 1- 2 และ 3-4 มีสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งมีแนวโน้ม ระยะที่ 1 และ 2 เพิ่มขึ้น แสดงถึงความสามารถในการคัดกรองและพบโรคระยะที่ 1 และ 2 ยังไม่มีประสิทธิภาพ นำเข้าทบทวนในคณะทำงานศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็ง

ตัวชี้วัด 7.1.3 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ



ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มณ.	ศกพ.	ศปช.
2559	N/A	N/A	N/A	0.17
2560	0.11	0.44	0.56	0.47
2561 (6 เดือน)	0.11	0.40	0.10	2.31

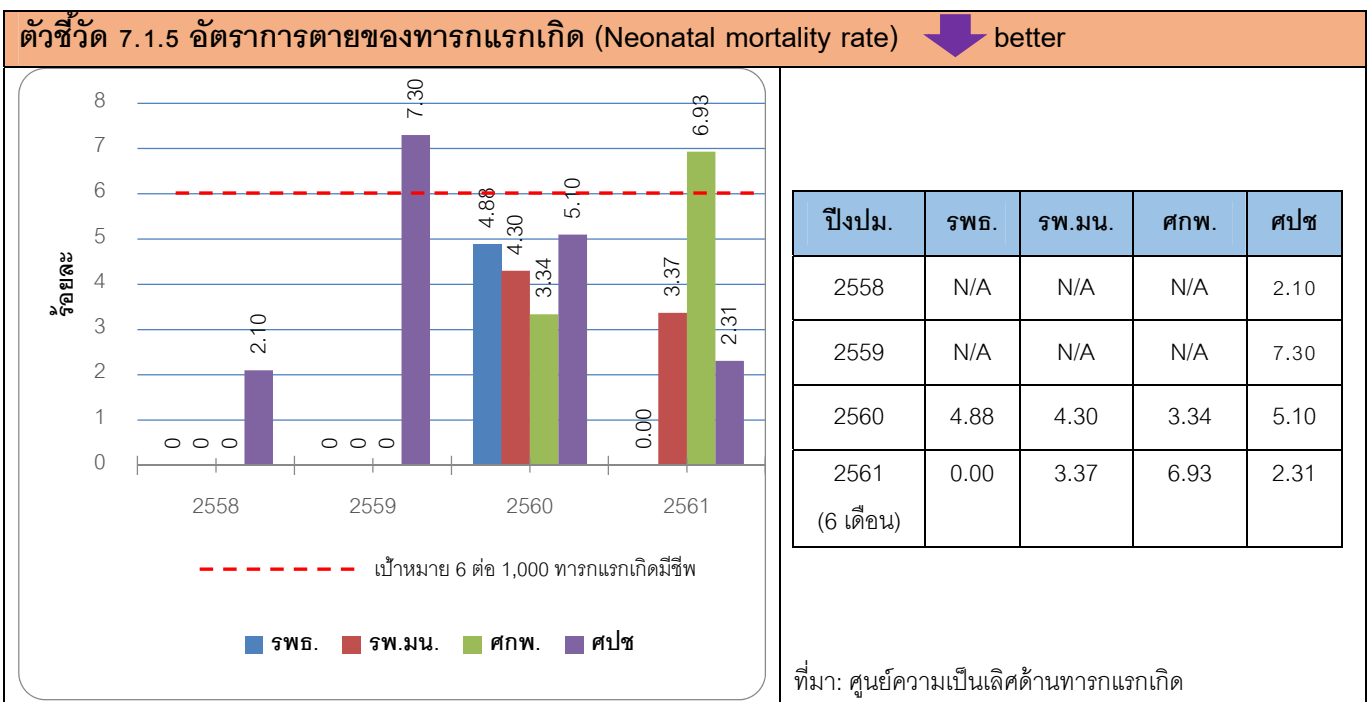
ที่มา: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุมีระดับที่เพิ่มขึ้น และแนวโน้มเริ่มเพิ่มขึ้นโดยสาเหตุเป็นจากมีผู้ป่วยเข้ามารับบริการมากขึ้น และหลายรายถูกส่งตัวหรือนำส่งด้วยภาวะรุนแรงที่คุกคามชีวิตในขณะที่บริการแผนกฉุกเฉินไม่สามารถบริการได้เพียงพอหรือผู้ป่วยหลายรายเสียชีวิตก่อนมาถึงที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งกระบวนการนี้อยู่ในระหว่างทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ

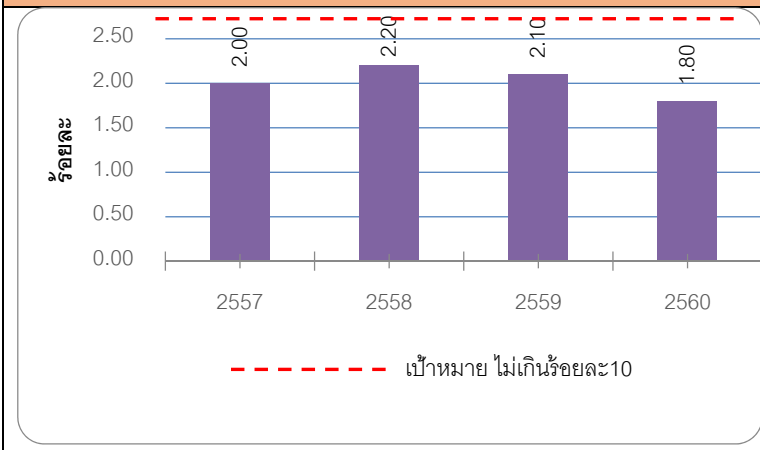
ตัวชี้วัด 7.1.4 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนกระจกตามีระดับการมองเห็นดีขึ้นอย่างน้อย 3 ระดับ				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	50
เป้าหมาย: ร้อยละ 80			ที่มา: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา	

จากตัวชี้วัด 7.1.4 การเปลี่ยนถ่ายกระจกตาเริ่มดำเนินการครั้งแรกปี 2560 จากข้อมูลปี 2560 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพียง 2 ราย มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 2 รายที่ระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดดีขึ้นมากกว่า 3 ระดับ คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 80 เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายกระจกตาน้อย และ 1 รายที่การมองเห็นหลังผ่าตัดไม่ดีขึ้นเนื่องจากมีโรคจอประสาทตาหลุดลอกร่วมด้วย

ส่วนในปี 2561 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายกระจกตาแล้ว 3 ราย 1 รายไม่เข้าเกณฑ์การเก็บข้อมูล (เปลี่ยนถ่ายกระจกตาเพื่อรักษากระจกตาติดเชื้อและทะลุ ไม่ได้เปลี่ยนถ่ายเพื่อการมองเห็น) อีก 2 ราย ยังไม่ถึงเวลาในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด จึงยังไม่มีข้อมูลสถิติในปี 2561 นี้



ตัวชี้วัด 7.1.6 ผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับรุนแรงอาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษา better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	2.00
2558	2.20
2559	2.10
2560	1.80

ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการนอนกรน

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.6 ทางแผนกหู คอ จมูก ให้บริการตรวจรักษาและรับปรึกษาผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น (OSA) โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เป็นผู้ป่วยจากแผนกโสต ศอ นาสิก ร้อยละ 70 รับปรึกษาจากอายุรศาสตร์ ร้อยละ 17 จากกุมารเวชศาสตร์ ร้อยละ 13 เป็นผู้ป่วยเด็ก (<13 ปี) ร้อยละ 31 อายุเฉลี่ย 5.2 ปี ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ร้อยละ 69 อายุเฉลี่ย 46 ปี

ปี 2553-2554 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย treatment failure ทั้งหมดในผู้ป่วยรับปรึกษาจากอายุรกรรม เป็นผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค ผู้ป่วยไม่สามารถใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกได้และผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจาะคอ มีการปรับปรุงการให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรค และติดตามดูแลอาการของผู้ป่วยร่วมกับทางอายุรกรรมอย่างต่อเนื่อง

ปี 2557 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะ recurrent OSA ภายหลังการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้น แม้จะไม่เกินเป้าตัวชี้วัด ทางสาขาวิชาได้ทำการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าประกอบด้วยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 72) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะ OSA ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีน้ำหนักตัวระดับน้ำหนักเกิน (BMI 25-30) ร้อยละ 78 และภาวะโรคอ้วน (BMI >30) ร้อยละ 18 การเลิกใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเอง (ร้อยละ 32) เนื่องจากผู้ป่วยติดอัดราคาแพง (ร้อยละ 36) และผู้ป่วยรู้สึกสบายดีขึ้นจึงเลิกใช้เอง (ร้อยละ 38) การควบคุมโรคประจำตัวไม่ได้ตามเป้า (ร้อยละ 24) ทำให้อาการ OSA กลับมาเป็นซ้ำ พบในโรคประจำตัวกลุ่มภูมิแพ้จมูกอักเสบ กรดไหลย้อน และความสูงวัย

ปี 2558-2559 พบผู้ป่วยภาวะ recurrent OSA และ treatment failure ลดลงต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วย CPAP ได้มากขึ้นและมีความรู้ความเข้าใจในโรคและการดูแลสุขภาพมากขึ้น


ตัวชี้วัด 7.1.7 อัตราสูญเสียการมองเห็นรุนแรงในเบาหวานที่ต้องรับการเลเซอร์

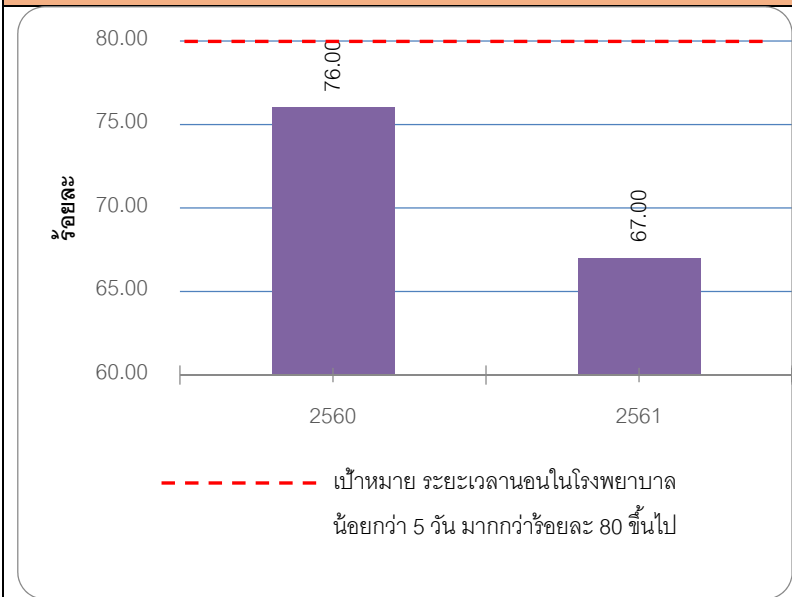


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	4.28
2558	5.80
2559	6.40
2560	9.10
2561 (6 เดือน)	8.80

ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน Retina


จากตัวชี้วัดที่ 7.1.7 อัตราการสูญเสียการมองเห็นระดับรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานจอตา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 เป็นต้นมา จะพบว่า มีอัตราที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจอตา เมื่อเกิดการสูญเสียการมองเห็นระดับรุนแรงแล้ว จะไม่สามารถทำให้หายจากภาวะดังกล่าวได้ การรักษาเบาหวานจอตา มีเป้าหมายเพื่อคงระดับการมองเห็นไว้เท่าเดิมเป็นหลัก (โอกาสที่การมองเห็นจะดีขึ้นมีไม่มากนัก)และเมื่อรวมกับผู้ป่วยเบาหวานจอตา รายใหม่ จึงทำให้อัตราที่เพิ่มขึ้น เป็นอัตราที่เกิดการสะสมของผู้ป่วยรายเดิมและผู้ป่วยรายใหม่ สำหรับในปี 2560 จะพบว่า มีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เป็นผลจากการที่ ศปช. รับเคสส่งต่อจากที่อื่นซึ่งเป็นเคสที่สลับซับซ้อน จากเหตุผลดังกล่าวในช่วงปีงบประมาณ 2561 ทางสาขาจักษุวิทยา ได้เปิดคลินิกเบาหวานจอตา และจัดให้มีการฉีดยาเข้าวุ้นตาซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาภาวะเบาหวานจอตา ส่งผลให้ในปี 2561 ช่วงหกเดือนแรก สามารถชะลอการเพิ่มผู้ป่วยเบาหวานจอตาที่สูญเสียการมองเห็นระดับรุนแรงได้

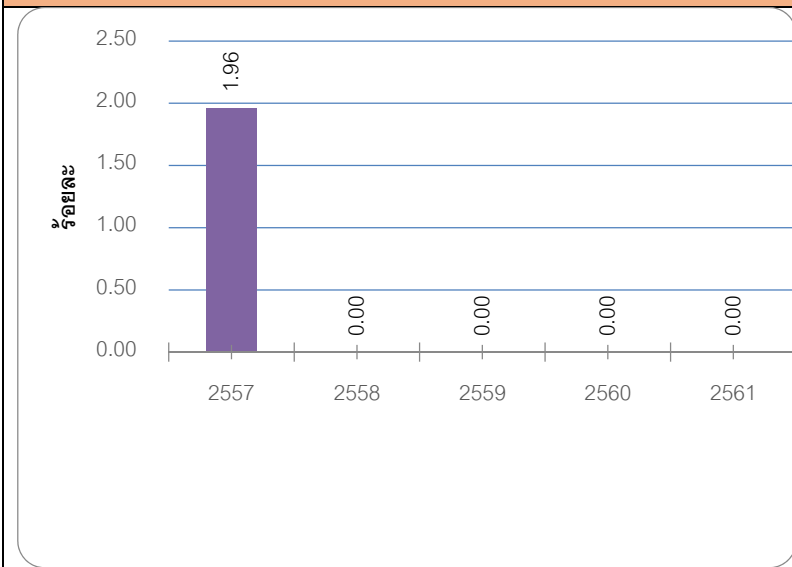
ตัวชี้วัด 7.1.8 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (LOS) ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด MIS  better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2560	76.00
2561 (6 เดือน)	67.00

ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน MIS


ตัวชี้วัด 7.1.9 อัตราการติดเชื้อในข้อเข่า หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายใน 1 ปี  better

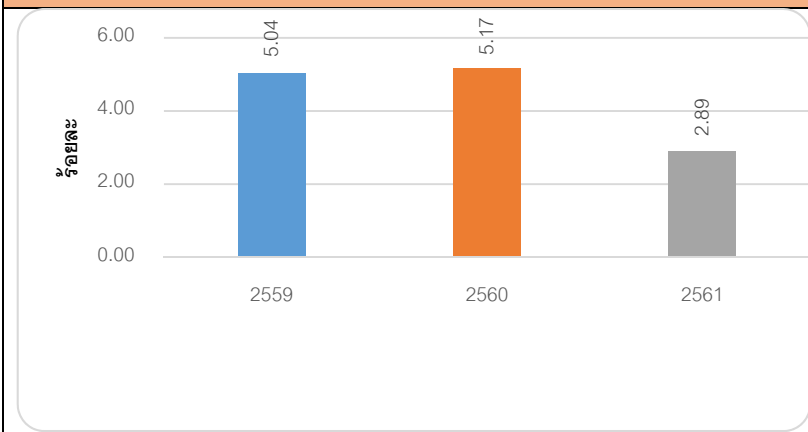


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	1.96
2558	0.00
2559	0.00
2560	0.00
2561 (6 เดือน)	0.00

ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนเข่า

จากตัวชี้วัด 7.1.9 พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดข้อเข่าในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.96 เนื่องจากเราไม่ทางคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันและได้ปรับกระบวนการในการทำผ่าตัดโดยให้ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัดจากการเก็บข้อมูลพบว่าจากปี พ.ศ.2558 – 2561 ไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด ซึ่งได้ตามเป้าหมาย


ตัวชี้วัด 7.1.10 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต  better

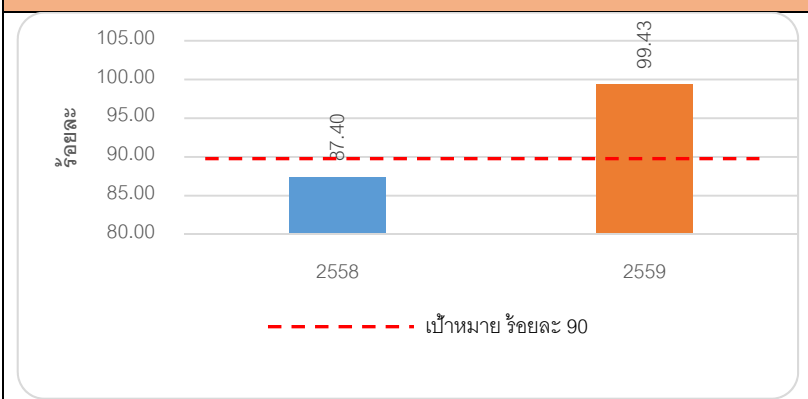


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2559	5.04
2560	5.17
2561 (6 เดือน)	2.89

ที่มา: หน่วยเวชระเบียน

7.1 ก. ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการที่มุ่งเน้นลูกค้า (การเรียนการสอน)

ตัวชี้วัด 7.1.11 ร้อยละของนิสิตแพทย์ที่สอบผ่านการประเมินและรับ รองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชั้นที่ 3 (NLE 3) ในการสมัครสอบครั้งแรก  better

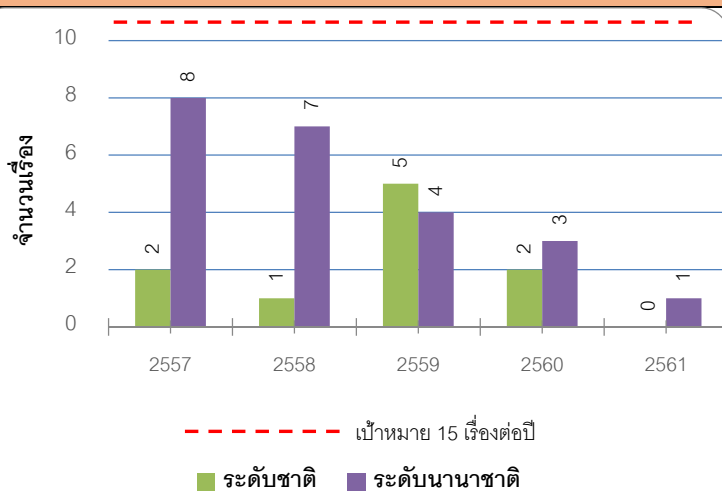


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2558	87.40
2559	99.43

ที่มา: งานแพทยศาสตรศึกษา

7.1 ก. ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณธ์และบริการที่มุ่งเน้นลูกค้า (การวิจัย)

ตัวชี้วัด 7.1.12 จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับชาติและระดับนานาชาติ



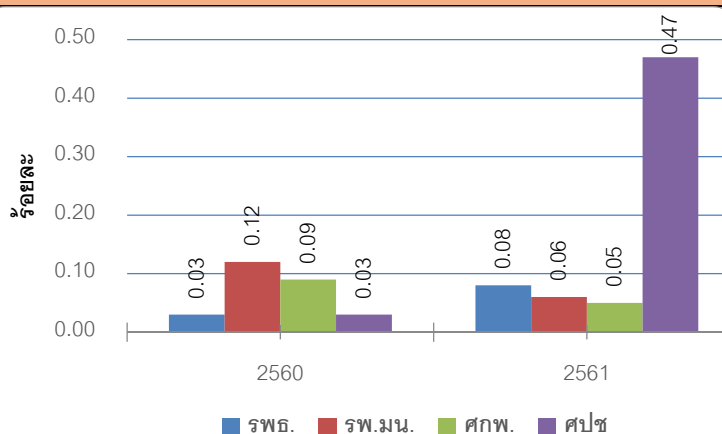
ปีงบประมาณ	ระดับชาติ	ระดับนานาชาติ
2557	2	8
2558	1	7
2559	5	4
2560	2	3
2561 (6 เดือน)	0	1

ที่มา: งานวิจัย

7.1 ข. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงาน

7.1 ข.(1) ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกระบวนการ (บริการสุขภาพ)

ตัวชี้วัด 7.1.13 ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่กลับมาห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชม.โดยไม่ได้นัด (Unplanned revisit)



ปีงบประมาณ	รพ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2560	0.03	0.12	0.09	0.03
2561 (6 เดือน)	0.08	0.06	0.05	0.47

ที่มา: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินและบาดเจ็บหลายอวัยวะ

ตัวชี้วัด 7.1.14 อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

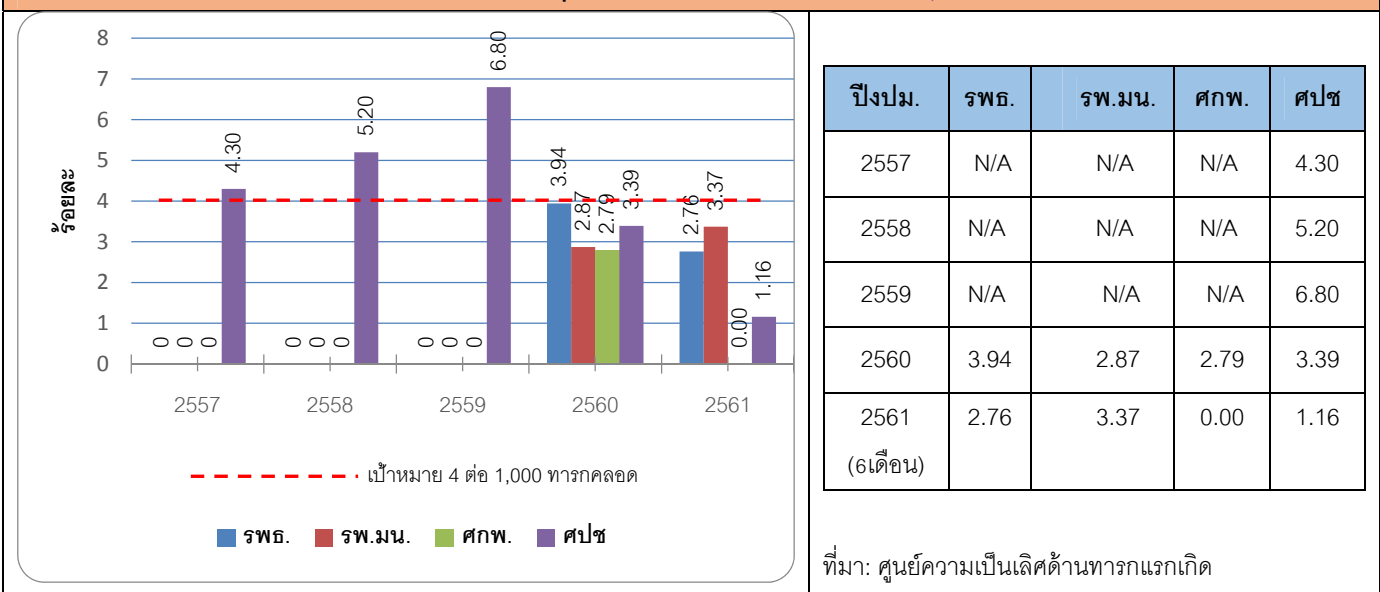
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	0

เป้าหมาย: ร้อยละ 0

ที่มา: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา

จากตัวชี้วัด 7.1.14 อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายกระจกตาร้อยละ 0 ตรงตามเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากการดูแลรักษาระหว่างและหลังผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานป้องกันการติดเชื้อที่สาขาจักษุวิทยากำหนด

ตัวชี้วัด 7.1.15 อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์) better

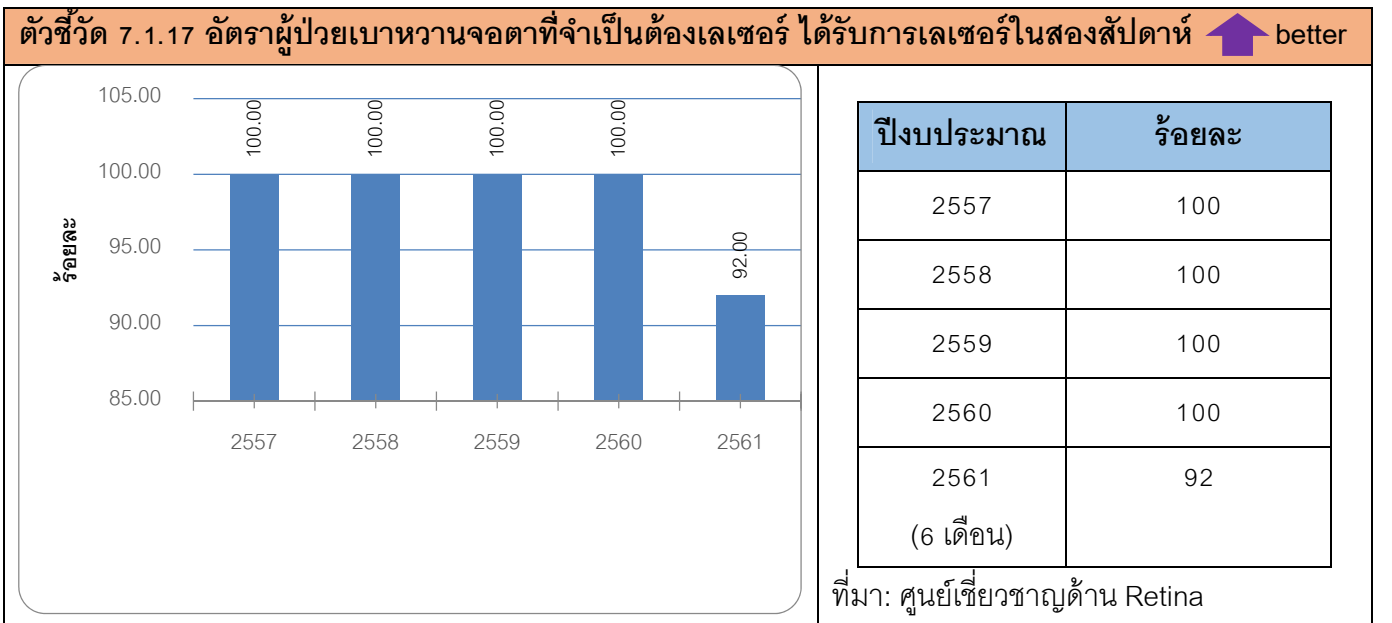


จากตัวชี้วัด 7.1.15 จากสถิติอัตราตายปริกำเนิด ในปี 2555 คือ 5.8: 1000 เกิดมีชีพ ทาง PCT สูติกรรมและ PCT กุมารเวชกรรม ได้ร่วมทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของทารกปริกำเนิด พบสาเหตุหลักเกิดจาก Preterm และภาวะ Severe Birth Asphyxia จึงมีการปรับปรุงแนวทางการป้องกันการเกิด Birth Asphyxia ใน PCT สูติกรรม และการดูแล Preterm ใน PCT กุมารเวชกรรม รวมทั้งมีการร่วมกำหนดแนวทางการปรึกษากุมารแพทย์กรณีมารดาที่มีความเสี่ยงในการคลอด กรณี Fetal distress เพื่อเตรียมพร้อมรับเด็กแรกคลอด และร่วมกันทบทวนแนวทางการรับผู้ป่วยส่งต่อจากรพ.ชุมชน โดยมีการประสานงานกับแพทย์โดยตรง รวมทั้งมี Fast tract ผ่าตัดคลอดใน 30 นาที กรณี Fetal distress เป็นต้น


ผลการพัฒนา ยังพบอัตราตายปริกำเนิดสูงสาเหตุเกิดจาก Pre-term มากขึ้นในปี 2558 เป็นต้นมา เนื่องจากมีการปรับเกณฑ์การเก็บข้อมูล Preterm ที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ลดลงจากเดิม 28 สัปดาห์ โดยทารกส่วนใหญ่ น้ำหนัก < 1,000 กรัม และมีภาวะ Congenital Anomaly ร่วมด้วย ส่วนสาเหตุการตายปริกำเนิดจาก Birth asphyxia ยังทรงตัว

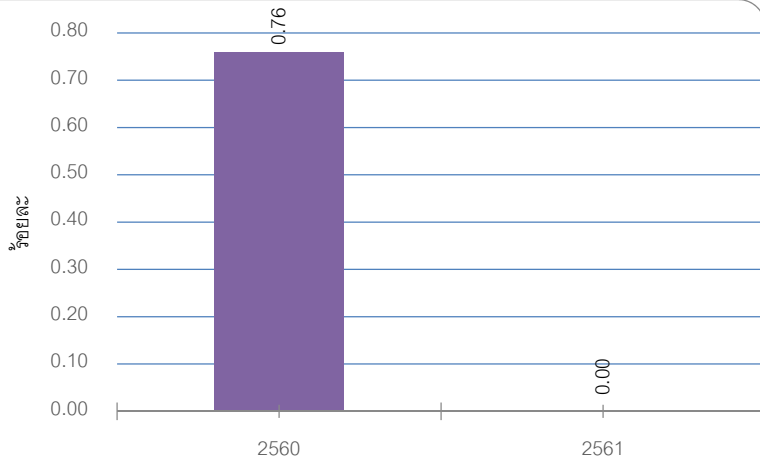
- แนวทางพัฒนา
- มีการใช้ CPG ดูแลผู้ป่วย Birth asphyxia , Fetal distress , Preterm labor
 - มี Fast tract ประสานกับห้องผ่าตัดและวิสัญญีเพื่อให้ผ่าตัด C/S ถูกเงินได้ใน 30 นาที
 - มี Early detection ภาวะ Congenital anomalies เช่น Hydrops fetalis โดยการคัดกรอง Thalassemia สตรีฝากครรภ์ทุกรายและทำ U/S หรือ Prenatal diagnosis กรณีสงสัย
 - อบรมภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและ NCPR แก่แพทย์ใช้ทุน พยาบาลจบใหม่และผู้เกี่ยวข้องทุกปี

ตัวชี้วัด 7.1.16 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ					
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561 (6 เดือน)
ร้อยละ	0	0	0	0	0
เป้าหมาย: ไม่เกินร้อยละ 5			ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการนอนกรน		




จากตัวชี้วัดที่ 7.1.17 จะพบว่าด้วยศักยภาพของเครื่องเลเซอร์จอตา และจักษุแพทย์ ศปช มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจอตาที่จำเป็นต้องรับการเลเซอร์จอตา ทำให้สามารถรักษาเบาหวานจอตาได้อย่างทันที่ แต่ในปีงบประมาณ 2561 ช่วงต้นปีงบประมาณ เครื่องเลเซอร์ได้เกิดการเสียหาย ต้องซ่อมประมาณหนึ่งเดือน จึงทำให้อัตราดังกล่าวลดลงแต่ก็เพียงเล็กน้อย

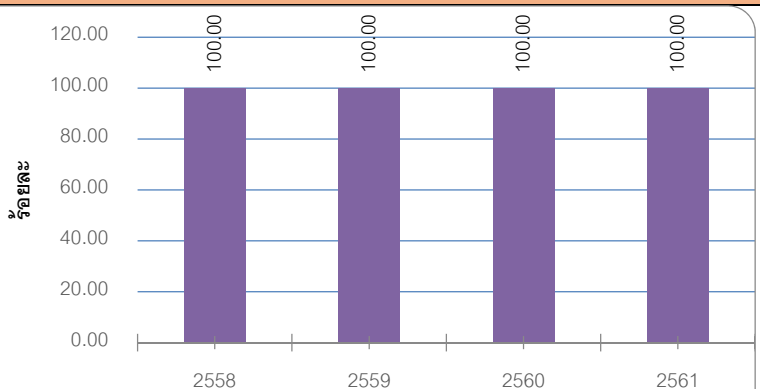
ตัวชี้วัด 7.1.18 อัตราการติดเชื้อของบาดแผลผ่าตัดผ่านกล้องภายใน 1 ปี  better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2560	0.76
2561	0

ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน MIS

ตัวชี้วัด 7.1.19 ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้รับ Prophylactic antibiotic 1 ชั่วโมงก่อนลงมีด  better




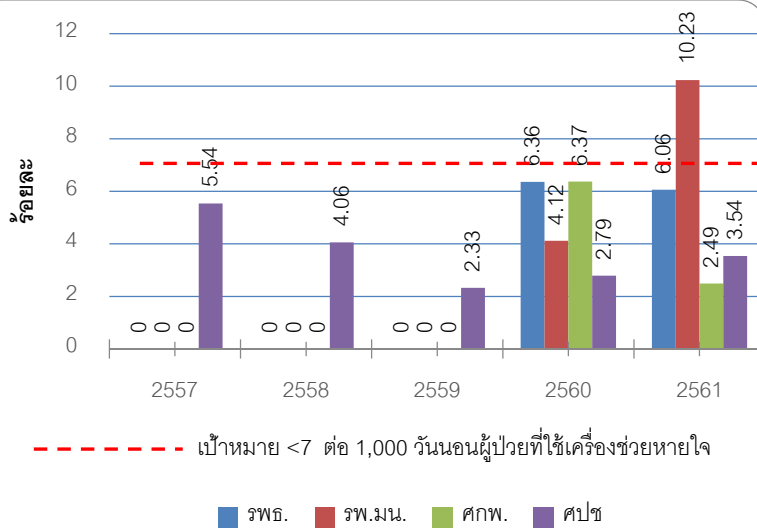
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2558	100
2559	100
2560	100
2561 (6 เดือน)	100

ที่มา: ศูนย์เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนเข่า

จากตัวชี้วัด 7.1.19 จากการเก็บตัวชี้วัดพบว่า มีอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดข้อเข่าในปี พ.ศ. 2557

จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.96 ทางคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันและได้ปรับกระบวนการในการทำผ่าตัดโดยให้ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัดจากการเก็บข้อมูลปี พ.ศ.2558 – 2561 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้รับ prophylactic antibiotic ก่อนลงมีดผ่าตัดทุกราย ร้อยละ

ตัวชี้วัด 7.1.20 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม) 




ปีงบประมาณ	รพ.	รพ.มณ.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	5.54
2558	N/A	N/A	N/A	4.06
2559	N/A	N/A	N/A	2.33
2560	6.36	4.12	6.37	2.79
2561 (6 เดือน)	6.06	10.23	2.49	3.54

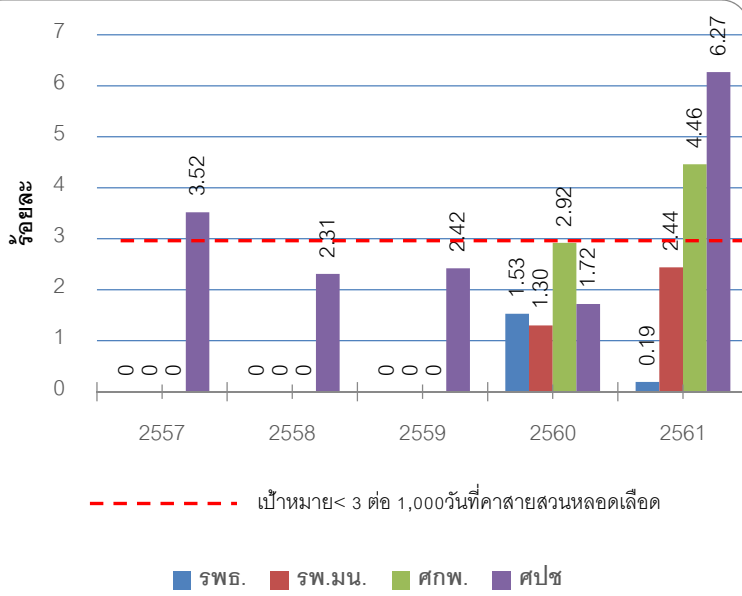
ที่มา: หน่วยการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (IC)

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.20 VAP ตั้งแต่ปี 2557 - 2560 อัตราการติดเชื้อลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด และมี

แนวโน้มดีขึ้น จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนของทีมนักบริหาร PCT ENV NSO EQ HRD และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปิดหน่วยงาน Semi ICU เพื่อรองรับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยส่งบุคลากรอบรมภายนอกในสาขาศัลยกรรม และกุมารเวชกรรม การจัดอบรมให้ความรู้ภายในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ(เครื่องช่วยหายใจแบบ Volume) การใช้มาตรการ WHAP การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติ โดยการจัดตั้ง CoP IC และ CoP Respirator มีผลงาน CQI เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปลอดภัย” “ล้างมือบ่อยๆ เราจะชนะ VAP” “ระยะปลอดภัยใส่ใจ VAP” “ตระกร้าน้อยลด VAP” “การ Alam ของเครื่องช่วยหายใจ” “ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย” นำเสนอในมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยความปลอดภัย โอกาสพัฒนาต่อไปคือร่วมกับ PCT กุมารเวชกรรม ลดอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิด เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตมีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้น พื้นที่การให้บริการมีความแออัด โดยการพัฒนาคุณภาพอยู่ระหว่างดำเนินการ ได้แก่ การลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด และการย้ายหน่วยงานบริการผู้ป่วยไปอาคารผู้ป่วย 20 ชั้น ในปลายปี

2561


ตัวชี้วัด 7.1.21 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม) 

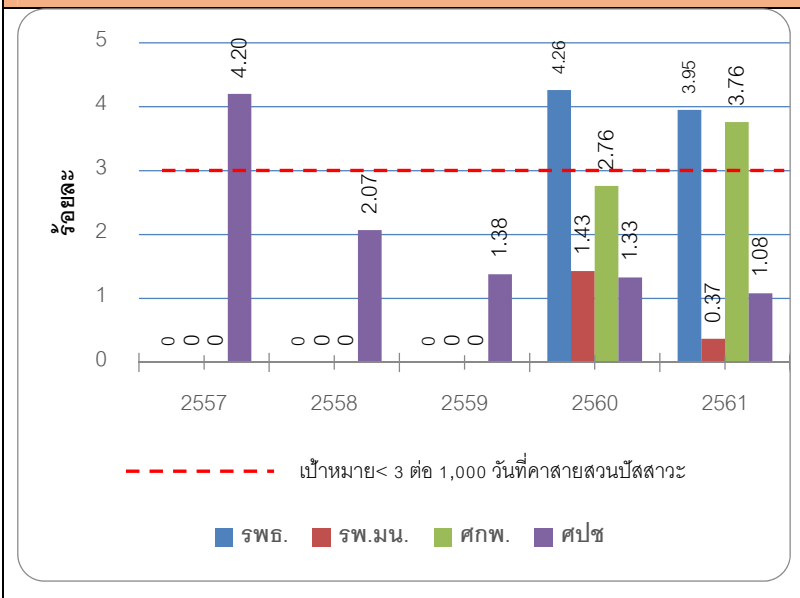


ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	3.52
2558	N/A	N/A	N/A	2.31
2559	N/A	N/A	N/A	2.42
2560	1.53	1.30	2.92	1.72
2561 (6 เดือน)	0.19	2.44	4.46	6.27

ที่มา: หน่วยการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (IC)

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.21 CABSII ตั้งแต่ปี 2558 - 2560 อัตราการติดเชื้อลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มดีขึ้น จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนของทีม PCT PTC NSO HRD และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทบพทวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือด ได้แก่ การทำความสะอาดแผลและเปลี่ยนแผล และการเพิ่มประสิทธิภาพของน้ำยา Antiseptic โดยใช้ 2% chlorhexidine in alcohol ในการเตรียมผิวหนังก่อนทำหัตถการ การสวม Maximal barrier precaution และการใช้ผ้าปราศจากเชื้อคลุมผู้ป่วย และการล้างมือเพื่อป้องกันการปนเปื้อน การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติโดยการจัดตั้ง CoP IC มี CQI เรื่อง “ล้างมือบ่อยครั้ง ยับยั้งเชื้อโรค” “NICU ปลอด CABSII” และ “Hand To Be Well cleaned” นำเสนอผลในมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล โอกาสพัฒนาต่อไป คือร่วมกับ PCT ศัลยกรรมลดอัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือด เนื่องจาก กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่ใส่สายสวนหลอดเลือดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พื้นที่การให้บริการมีความแออัด โดยการพัฒนาคุณภาพอยู่ระหว่างดำเนินการ ได้แก่ การป้องกันการเป็ยกชั้น และสังเกตลักษณะแผลผิดปกติ และการย้ายหน่วยงานบริการผู้ป่วยไปอาคารผู้ป่วย 20 ชั้น ในปลายปี 2561

ตัวชี้วัด 7.1.22 อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)  better



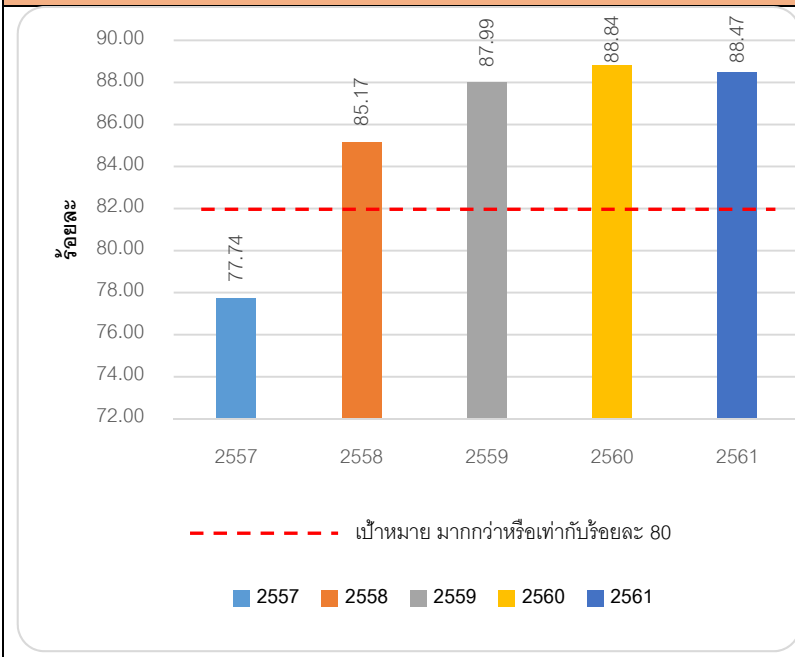
ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557				4.20
2558				2.07
2559				1.38
2560	4.26	1.43	2.76	1.33
2561 (6 เดือน)	3.95	0.37	3.76	1.08

ที่มา: หน่วยการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ. (IC)

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.22 CAUTI ตั้งแต่ปี 2556 - 2560 อัตราการติดเชื้อลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มดีขึ้น จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีม PCT PTC ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว ฝ่ายการพยาบาล HRD และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาได้แก่ การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การถอดสายให้เร็วที่สุดเมื่อหมดความจำเป็น การพัฒนาบุคลากรโดยจัดอบรมให้ความรู้ การปฏิบัติ Perineum care การใช้สารหล่อลื่น Gel Single use 1:1 การแยกภาชนะรองรับเพื่อลดการปนเปื้อน การจัดทำแผ่นพับให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติโดยการจัดตั้ง CoP IC เผยแพร่ผลงาน "Prevention of CAUTI" "ผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน CAUTI" "การลดการติดเชื้อ CAUTI" "ถุงใส่ถุงปัสสาวะปะค้ำแนะนำการดูแลการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน" มีนวัตกรรม เรื่อง "แนวคิดพิชิตฝัน" "สายกระชับมิตรพิชิต CAUTI" "ปิดฝาไว้ปลอดภัยไร้โรค" "ปิดสนิทพิชิต CAUTI" ในงานมหกรรมคุณภาพ รวมทั้งมีงานวิจัยเรื่อง "การสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม" โอกาสพัฒนาต่อไปคือร่วมกับ PCT อายุรกรรมการลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ซึ่งการพัฒนาคุณภาพอยู่ระหว่างดำเนินการ ได้แก่ การลดการปนเปื้อน การปฏิบัติดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก/พับ การแขวนถุงปัสสาวะต่ำกว่าเอวและไม่สัมผัสพื้น

ตัวชี้วัด 7.1.23 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล

↑ better



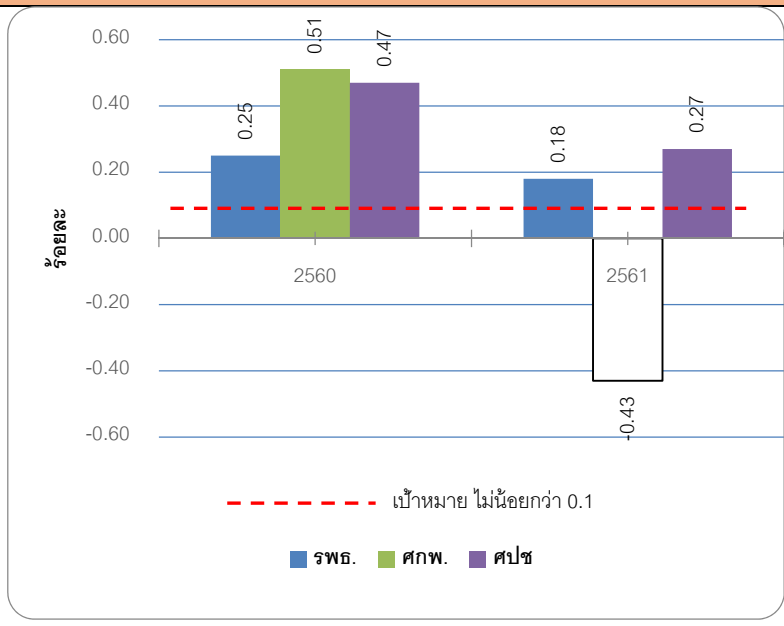
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	77.74
2558	85.17
2559	87.99
2560	88.84
2561 (6 เดือน)	88.47

ที่มา: ฝ่ายการพยาบาล

จากตัวชี้วัด 7.1.23 มีการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลตั้งแต่ปี 2555-2556 ปรับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบ Focus Charting มีการจัดทำ CNPG ตามกลุ่มโรคสำคัญและกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการตามรอยการบันทึกทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล APIE บันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบของ F, A, I, E จัดทำแบบบันทึก Daily Nursing Activity Check list Form เพื่อลดการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ มีการปรับปรุงแบบบันทึกให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละหน่วยการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการส่งต่อหรือย้ายไปหน่วยการพยาบาลอื่น

ปี 2557-2559 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผลการบันทึกทางการพยาบาล ผ่าน CoP Nursing Process & Discharge Plan นำปัญหาและข้อเสนอแนะมาพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นรายบุคคล โดยหัวหน้าหน่วยและพยาบาลชำนาญการพิเศษ และกำหนดเป็น KPI รายบุคคล ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปี 2560 มีการปรับเปลี่ยนให้รองหัวหน้าหน่วยเป็นผู้นิเทศกำกับการใช้กระบวนการพยาบาล และสร้างเสริมความเข้าใจในการใช้กระบวนการพยาบาลและการนิเทศผ่านการอบรม Successor

ตัวชี้วัด 7.1.24 ประสิทธิภาพการใช้ไฟฟ้าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด



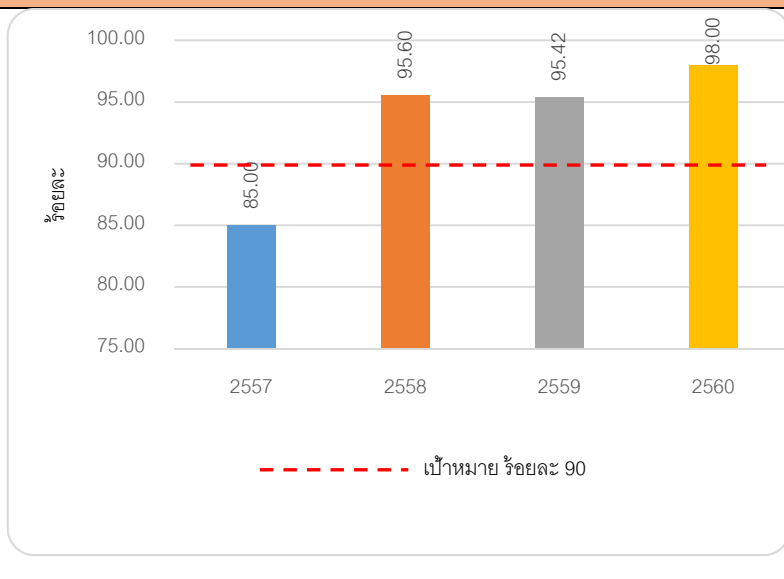
ปีงบประมาณ	รพธ.	ศกพ.	ศปช.
2560	0.25	0.51	0.47
2561	0.18	-0.43	0.27

ที่มา: งานซ่อมบำรุง

ตัวชี้วัด 7.1.25 การบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์




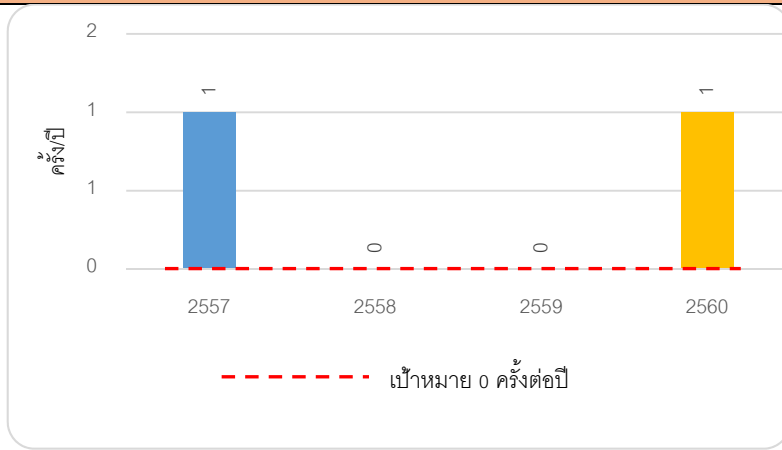
better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	85.00
2558	95.60
2559	95.42
2560	98.00


ที่มา: งานเครื่องมือแพทย์

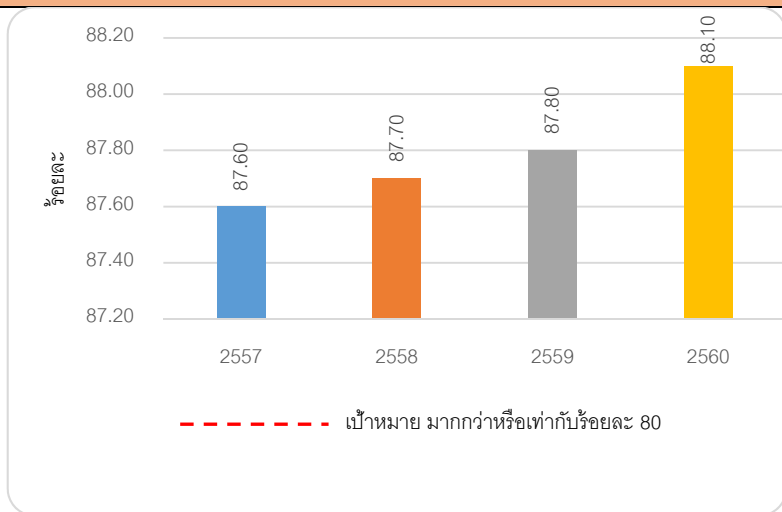
ตัวชี้วัด 7.1.26 ผลการตรวจน้ำหลังการบำบัดน้ำเสีย ค่าองค์ประกอบ (Parameter) ไม่ผ่านเกณฑ์ของ
กรมอนามัย 



ปีงบประมาณ	ครั้งต่อปี
2557	1
2558	0
2559	0
2560	1

ที่มา: งานซ่อมบำรุง

ตัวชี้วัด 7.1.27 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในตามเกณฑ์ สปสช.  better



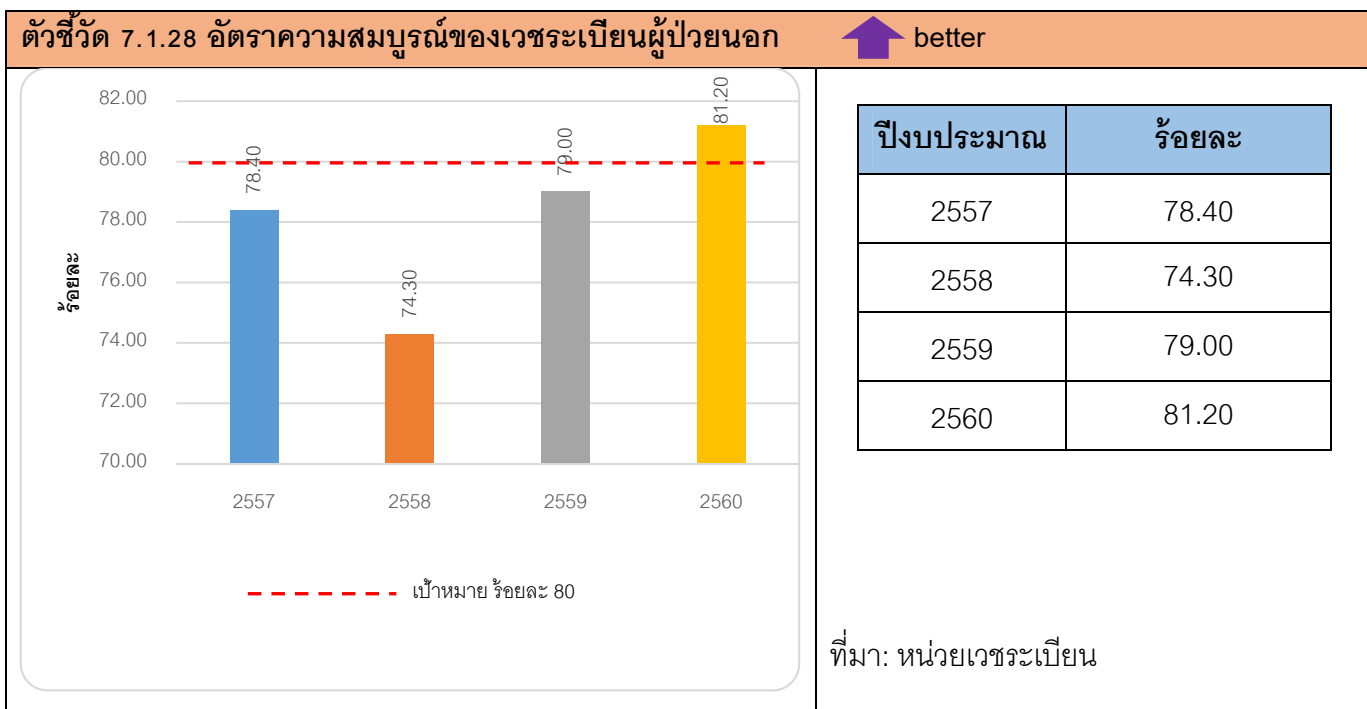
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	87.60
2558	87.70
2559	87.80
2560	88.10

ที่มา: หน่วยเวชระเบียน


จากตัวชี้วัดที่ 7.1.27 คะแนนอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน อยู่ในเกณฑ์ดีเกินเป้าหมายที่มากกว่า 80% ตลอด 5 ปี เนื่องจากก่อนทำการตรวจสอบเวชระเบียน จะมีการประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้ทราบถึงหลักเกณฑ์ กฎกติกา อธิบายให้เข้าใจในแบบฟอร์มบันทึกผลการตรวจสอบ มีการปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน เช่น แบบฟอร์ม Admission record และ Standing order สำหรับสาขาวิชาต่างๆและกรณีผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัด มีแบบฟอร์มสำเร็จรูป Operative note สำหรับสาขาวิชาจักษุวิทยา และศัลยศาสตร์อโศกโรติกส์ ส่วนสาเหตุที่คะแนนความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในยังทรงตัว เพราะการตรวจสอบความสมบูรณ์เวชระเบียนมีการให้แพทย์ต่างสาขาเป็นผู้ตรวจสอบ จากเดิมในปี 2556 ให้แพทย์ตรวจสอบในสาขาวิชาของตนเอง เพื่อลดความ Bias

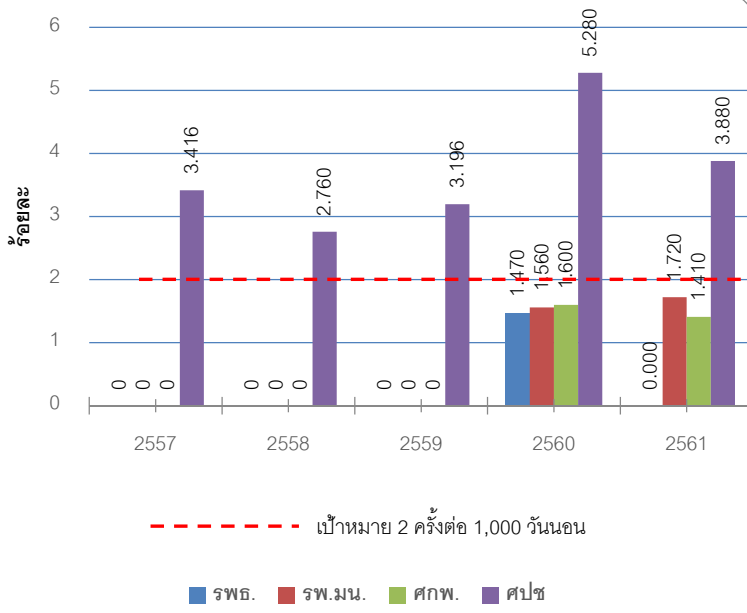
ถ้าพิจารณาในแต่ละหัวข้อเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่ารายการที่ได้คะแนน 80% ขึ้นไปมี 6 หัวข้อ ได้แก่ Discharge summary, Discharge summary others, Physical examination ,Consultation record, Anesthetic record ,Operative note, Labor record และ Rehabilitation record ส่วนหัวข้อที่ได้คะแนนน้อยกว่า 80% มี 3 หัวข้อ

ได้แก่ Informed consent ,History และ Progress note จึงมีการประชุมที่มสหวิชาที่พร้อมกันกำหนดหาแนวทางการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานของ สปสช. โดยแจ้งผลการทบทวนให้หัวหน้าสาขา แพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ติดตามเพื่อวางแผนปรับปรุงการบันทึกต่อไป อีกทั้งยังได้นำเสนอข้อมูลต่อคณะผู้บริหารทุกไตรมาส เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายได้ครอบคลุมมากขึ้น




จากตัวชี้วัดที่ 7.1.28 คะแนนอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มดีขึ้นและอยู่ในเกณฑ์ดีเกินเป้าหมายที่มากกว่า 80% ในปี 2560 เนื่องจากการนำโปรแกรม HOSxP มาใช้ในการบันทึกข้อมูลผ่านทางคอมพิวเตอร์ มีการปรับปรุงแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยเพิ่มหัวข้อสำคัญในการซักประวัติผู้ป่วยนอกลงในโปรแกรม เช่น LMP ประวัติกินเหล้าสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำผู้ป่วย เป็นต้น และส่วนของแพทย์ผู้บันทึกในแต่ละสาขาวิชา สามารถออกแบบ Template ในการซักประวัติตรวจร่างกายเป็นของตัวเอง เพื่อความสะดวกรวดเร็วและมีความสมบูรณ์ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยิ่งขึ้น

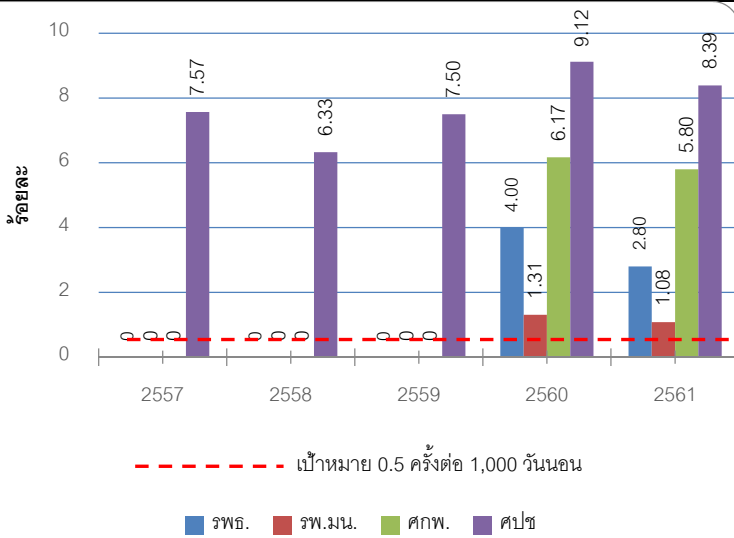
ตัวชี้วัด 7.1.29 อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาผู้ป่วยใน (/1000 วันนอน)  better



ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	3.416
2558	N/A	N/A	N/A	2.760
2559	N/A	N/A	N/A	3.196
2560	1.470	1.560	1.600	5.280
2561 (6 เดือน)	N/A	1.720	1.410	3.880

ที่มา: งานเภสัชกรรม

ตัวชี้วัด 7.1.30 อัตราการเกิด administration error ผู้ป่วยใน (/1,000 วันนอน)  better

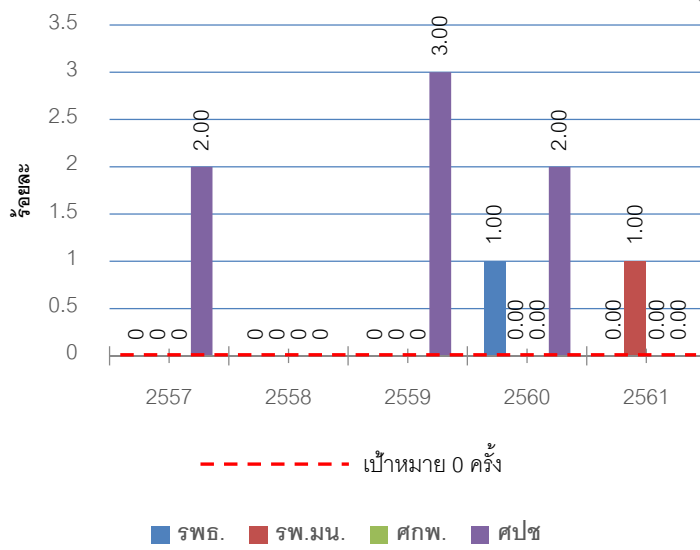


ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	7.57
2558	N/A	N/A	N/A	6.33
2559	N/A	N/A	N/A	7.50
2560	4.00	1.31	6.17	9.12
2561 (6 เดือน)	2.80	1.08	5.80	8.39

ที่มา: งานเภสัชกรรม

ตัวชี้วัด 7.1.31 จำนวนครั้งการเกิดการแพ้ยาซ้ำ

better

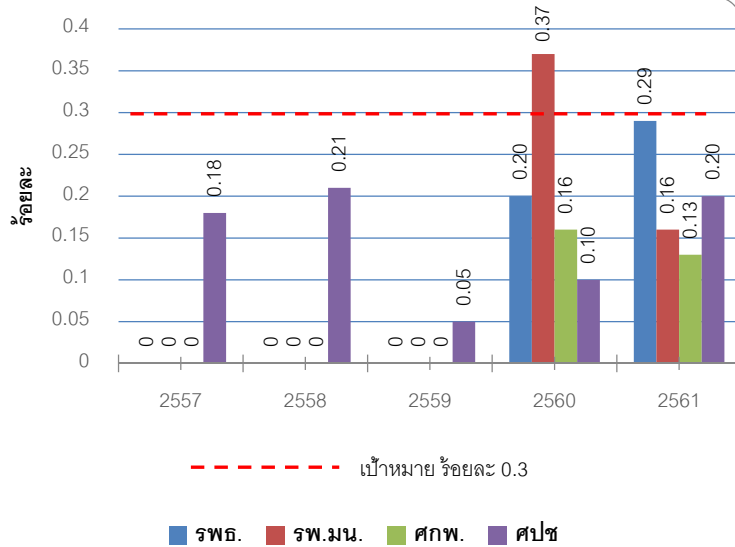


ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	2.00
2558	N/A	N/A	N/A	0.00
2559	N/A	N/A	N/A	3.00
2560	1.00	0.00	0.00	2.00
2561 (6 เดือน)	0.00	1.00	0.00	0.00

ที่มา: งานเภสัชกรรม

ตัวชี้วัด 7.1.32 อัตราการเกิดปฏิกิริยาแทรกซ้อนจากการให้เลือด

↑



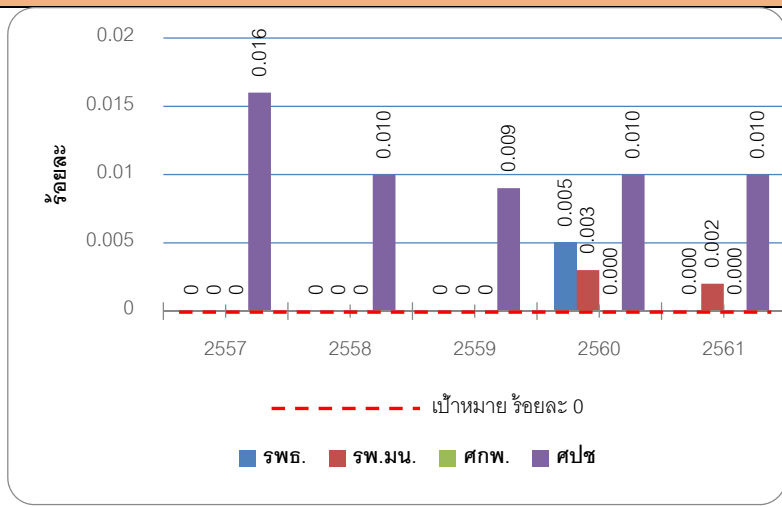
ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	0.18
2558	N/A	N/A	N/A	0.21
2559	N/A	N/A	N/A	0.05
2560	0.20	0.37	0.16	0.10
2561 (6 เดือน)	0.29	0.16	0.13	0.20

ที่มา: สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค

จากตัวชี้วัดที่ 7.1.32 อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดเก็บข้อมูลจากรายงานการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ส่งกลับมาที่ธนาคารเลือดหลังจากให้เลือดที่หน่วยบริการแล้ว จากข้อมูลอัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด กำหนดเป้าหมายไว้ที่ <math>< 0.5\%</math> พบว่า สามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่พบอาการผื่นแดงและคันตามตัว ทั้งนี้เป็นเพราะมีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางธนาคารเลือดมาใช้ทำให้สามารถบันทึกข้อมูล Antibody ของผู้ป่วยที่เคยมีการตรวจไว้ทำให้สามารถเลือกเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ปลอดภัย ช่วยลดอัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือดได้

ตัวชี้วัด 7.1.33 อัตราการรายงานผล Lab ผิดพลาด

↓ better

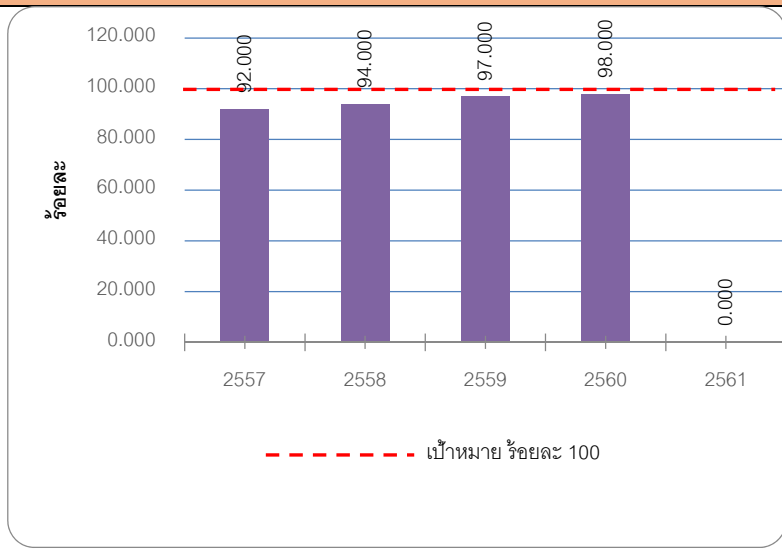


ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	0.016
2558	N/A	N/A	N/A	0.010
2559	N/A	N/A	N/A	0.009
2560	0.005	0.003	0.000	0.010
2561 (6 เดือน)	0.000	0.002	0.000	0.010

ที่มา: สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค


ตัวชี้วัด 7.1.34 การรายงานผล lab วิกฤตตามระยะเวลาที่กำหนด

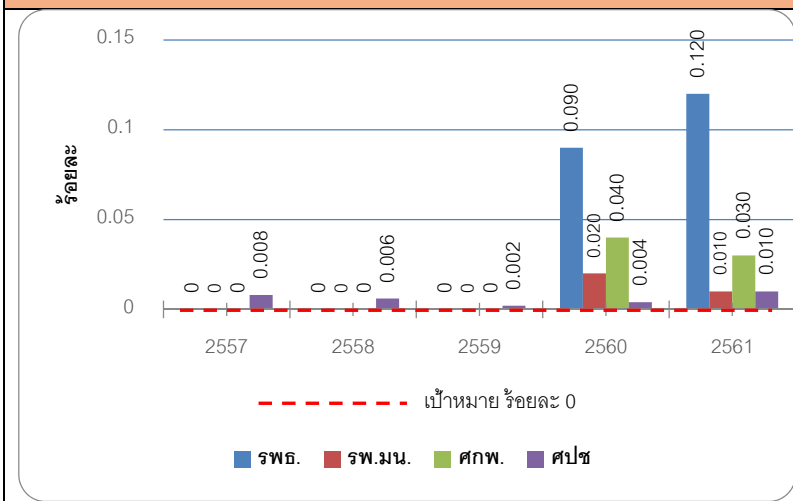
↑ better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	92
2558	94
2559	97
2560	96
2561 (6 เดือน)	0

ที่มา: สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค


ตัวชี้วัด 7.1.35 ร้อยละของการถ่าย-ส่งเอกซเรย์ ผิดคน ผิดข้าง ผิดส่วน 

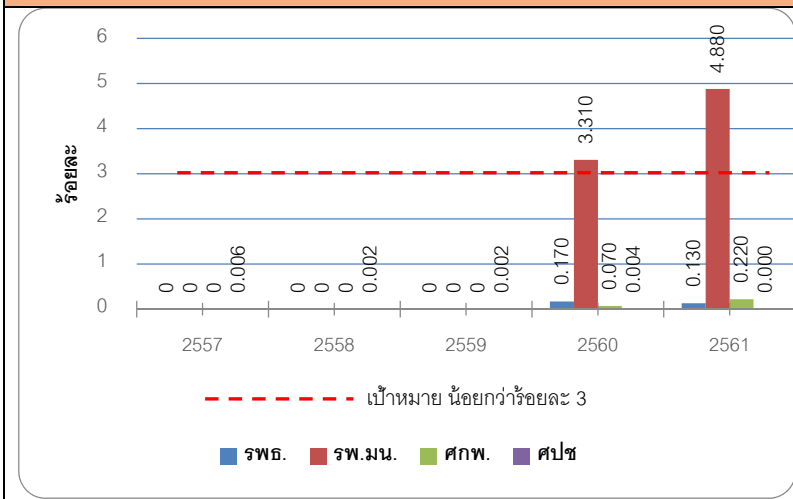


ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557				0.008
2558				0.006
2559				0.002
2560	0.090	0.020	0.040	0.004
2561 (6 เดือน)	0.120	0.010	0.030	0.010

ที่มา: สาขาวิชารังสีวิทยา

จากตัวชี้วัด 7.1.35 พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดมากที่สุดคือ ขาดการทวนสอบข้อมูลในใบ X-ray request และไม่ได้ซักถามอาการของผู้ป่วยก่อน เช่น เจ็บบริเวณใด และจากสถิติพบว่ายังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจมีสาเหตุมาจากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จึงปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบจึงขาดการทวนสอบก่อนการเอกซเรย์ จึงเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามแนวทาง Patient Identification

ตัวชี้วัด 7.1.36 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ  better



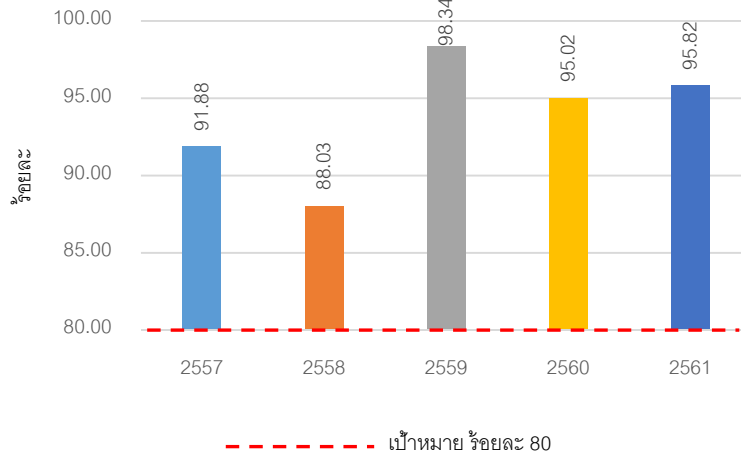
ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	0.006
2558	N/A	N/A	N/A	0.002
2559	N/A	N/A	N/A	0.002
2560	0.170	3.310	0.070	0.004
2561 (6 เดือน)	0.130	4.880	0.220	0.000

ที่มา: สาขาวิชารังสีวิทยา

จากตัวชี้วัด 7.1.36 เป้าหมายการดำเนินการ คือไม่มีเหตุการณ์ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าสาเหตุที่ทำให้ถ่ายเอกซเรย์ซ้ำบ่อยที่สุดคือ แนวของลำแสงเอกซเรย์ไม่ตั้งฉากกับแผ่นรับภาพ จึงทำให้ภาพเอกซเรย์ปอด สีของภาพปอดทั้งสองข้างดำไม่เท่ากัน จึงได้แจ้งช่างประจำเครื่องเอกซเรย์มาปรับตั้งแนวหลอดเอกซเรย์ เพื่อให้ลำแสงเอกซเรย์ตั้งฉากกับแผ่นรับภาพ หลังการแก้ไข พบว่า การถ่ายเอกซเรย์ซ้ำมีแนวโน้มลดลง

ตัวชี้วัด 7.1.37 มีความทันเวลาของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อ
ที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบ

↑ better



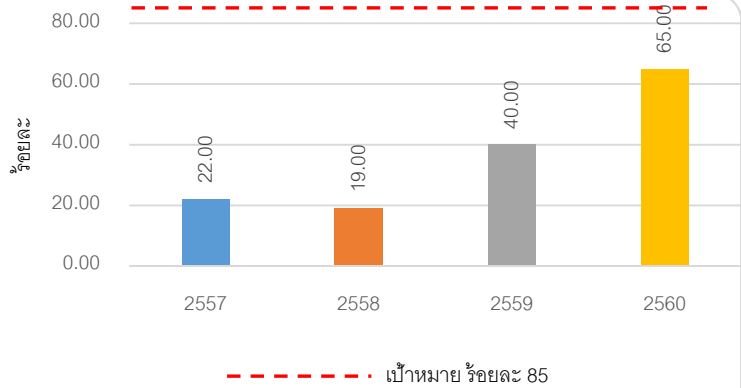
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	91.88
2558	88.03
2559	98.34
2560	95.02
2561 (6 เดือน)	95.82

ที่มา: สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

7.1ข.(1) ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกระบวนการ (การเรียนการสอน)


ตัวชี้วัด 7.1.38 อาจารย์ที่มีความรู้ด้านแพทยศาสตรศึกษาและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

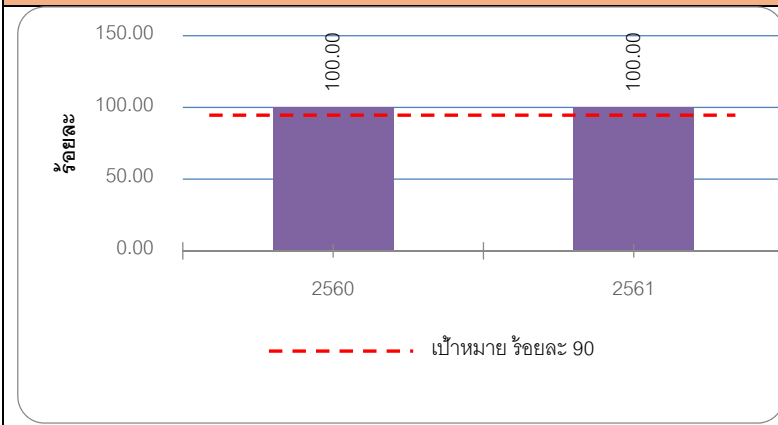
↑ better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	22
2558	19
2559	40
2560	65

ที่มา: งานแพทยศาสตรศึกษา


ตัวชี้วัด 7.1.39 ร้อยละของการค้นหาเอกสารทางการแพทย์ได้ทันเวลาที่กำหนด  better

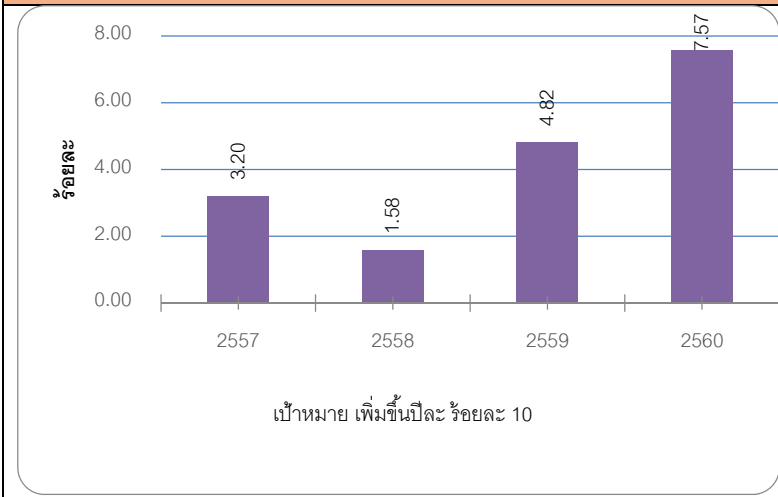


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2560	100
2561 (6 เดือน)	100

ที่มา: งานห้องสมุด

7.1 ข. (1) ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกระบวนการ (การวิจัย)

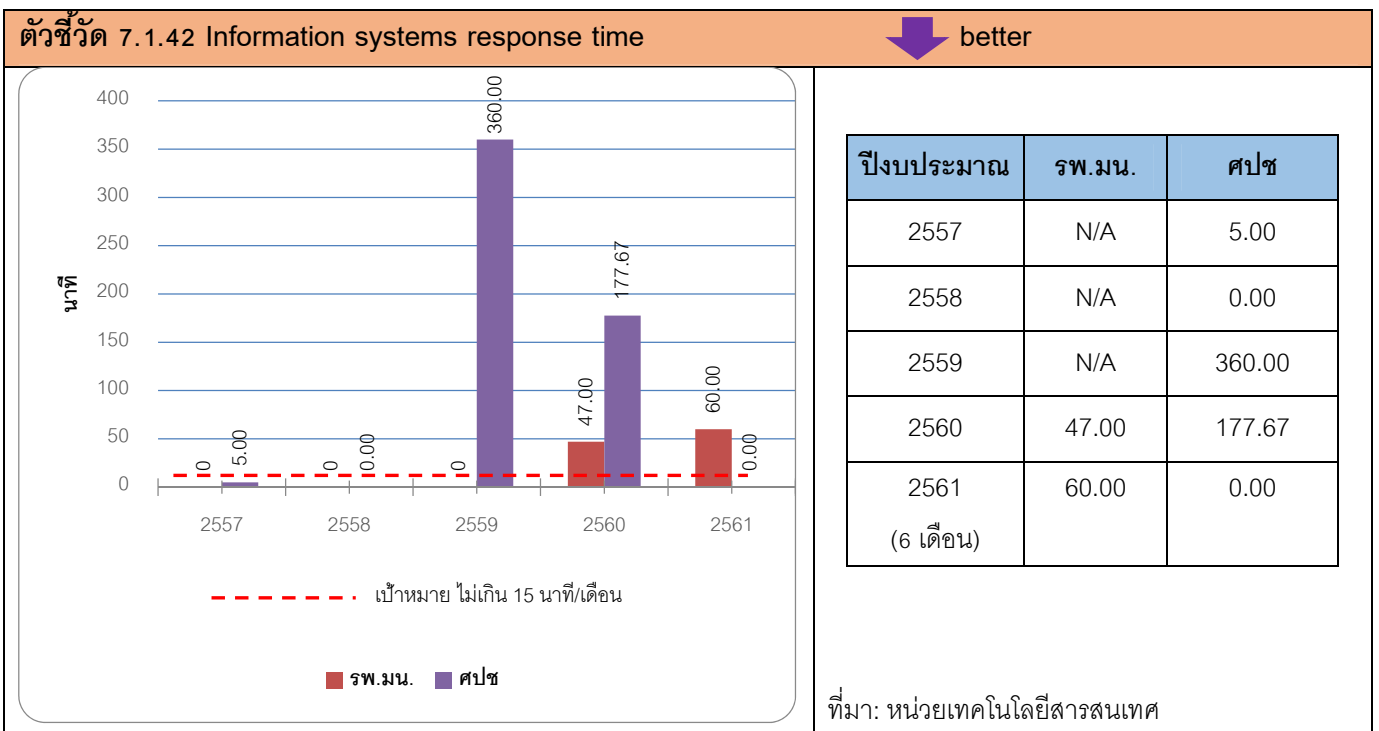
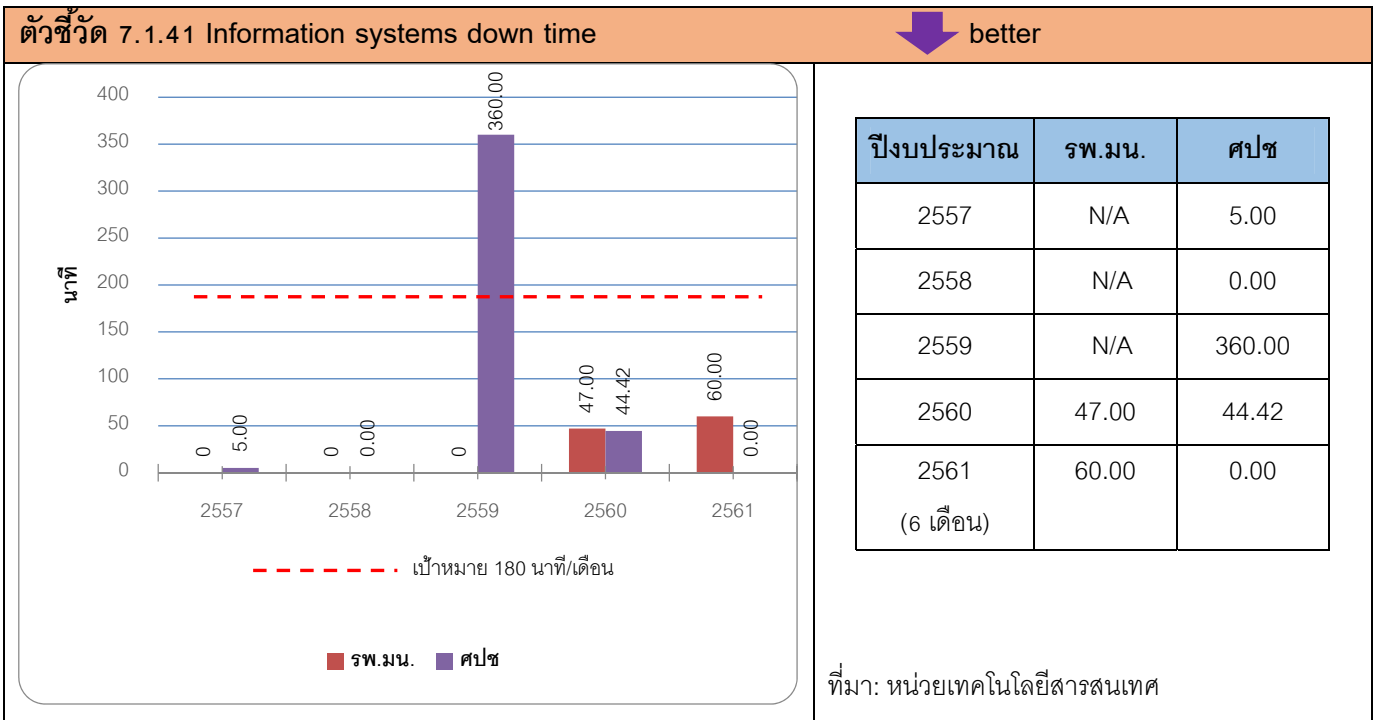
ตัวชี้วัด 7.1.40 ร้อยละของจำนวนทุนวิจัยที่ใช้ในแต่ละปี  better



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	3.20
2558	1.58
2559	4.82
2560	7.57

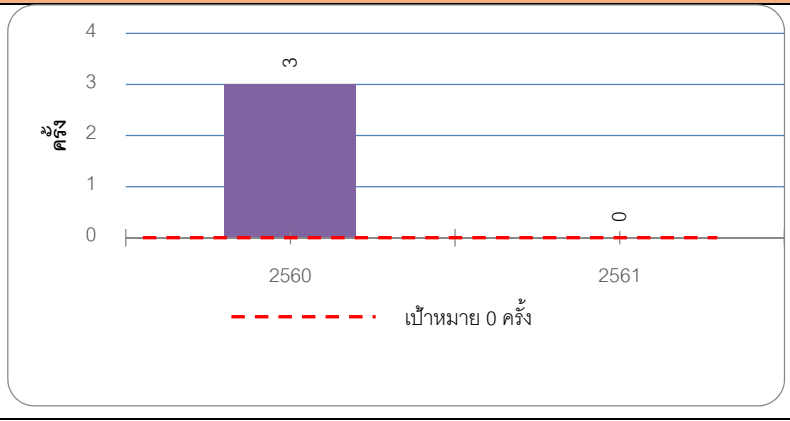
ที่มา: งานวิจัย

7.1 ข.(2) ผลลัพธ์ด้านการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (3 พันธกิจ)



ตัวชี้วัด 7.1.43 จำนวนครั้งของการเกิด Sentinel Eventที่ ร.พ.กำหนด

better

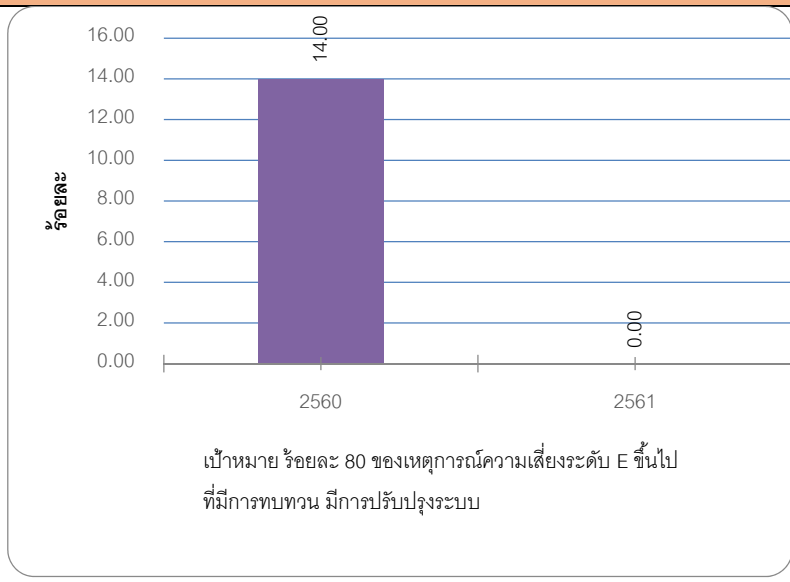


ปีงบประมาณ	ครั้ง
2560	3
2561 (6 เดือน)	0

ที่มา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ตัวชี้วัด 7.1.44 จำนวนระบบที่ได้รับการแก้ไขจากการทบทวน

better

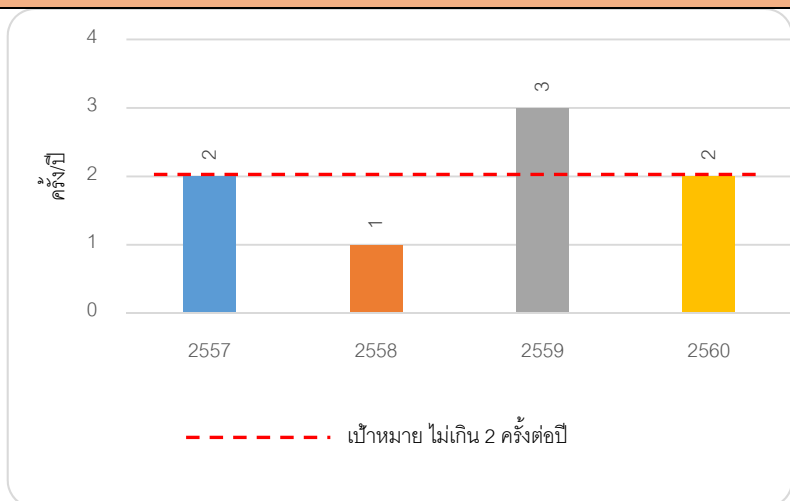


ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2560	14
2561 (6 เดือน)	0

ที่มา: คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ตัวชี้วัด 7.1.45 ระบบไฟฟ้าทั้งระบบในหน่วยบริการดับเกิน 2 นาที

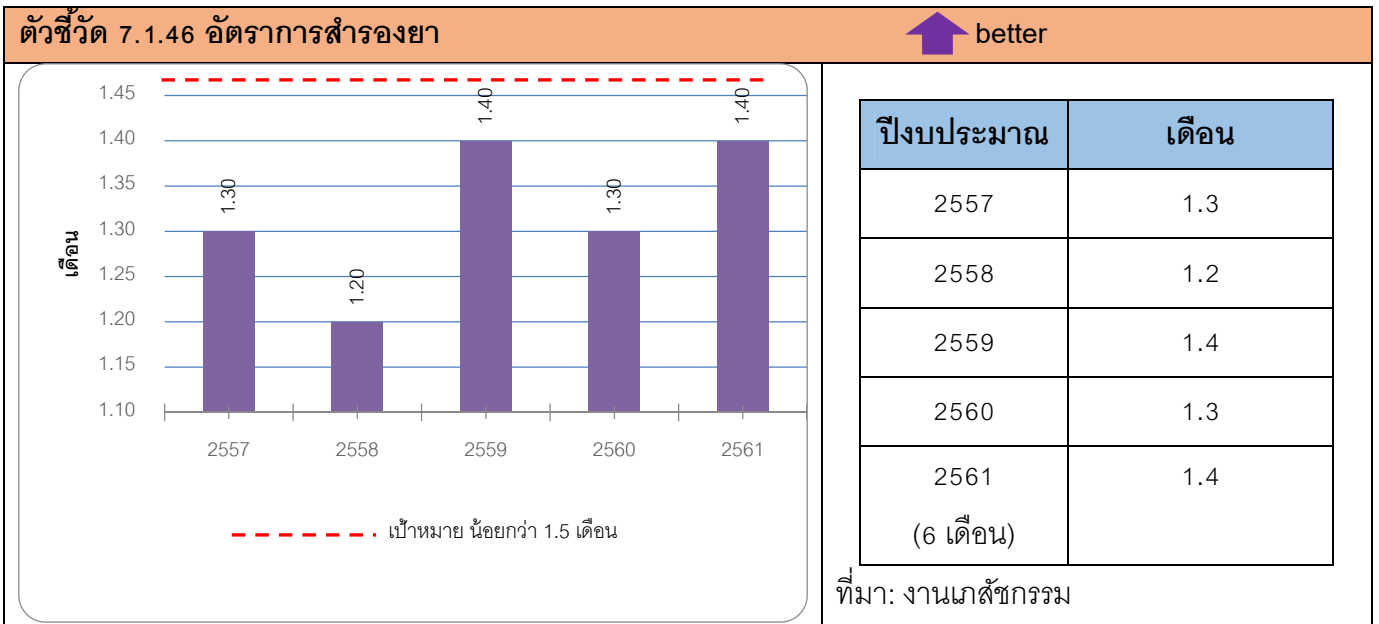
better



ปีงบประมาณ	ครั้ง/ปี
2557	2
2558	1
2559	3
2560	2

ที่มา: งานซ่อมบำรุง

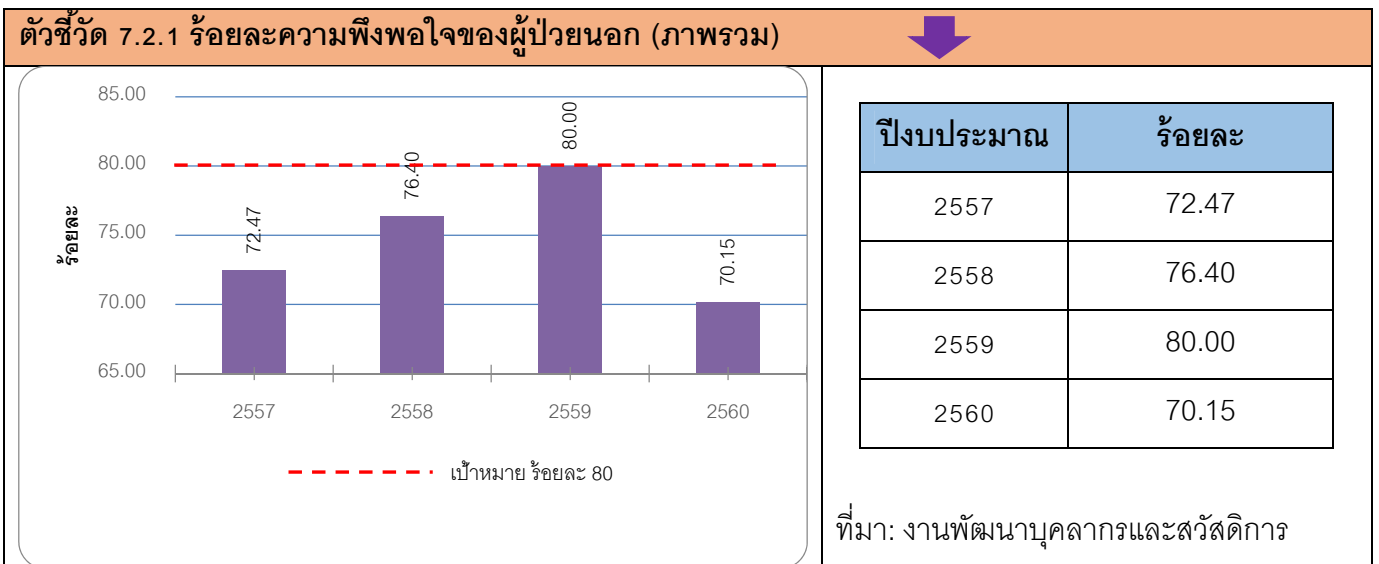
7.1 ค. ผลลัพธ์ด้านการจัดการห่วงโซ่อุปทาน



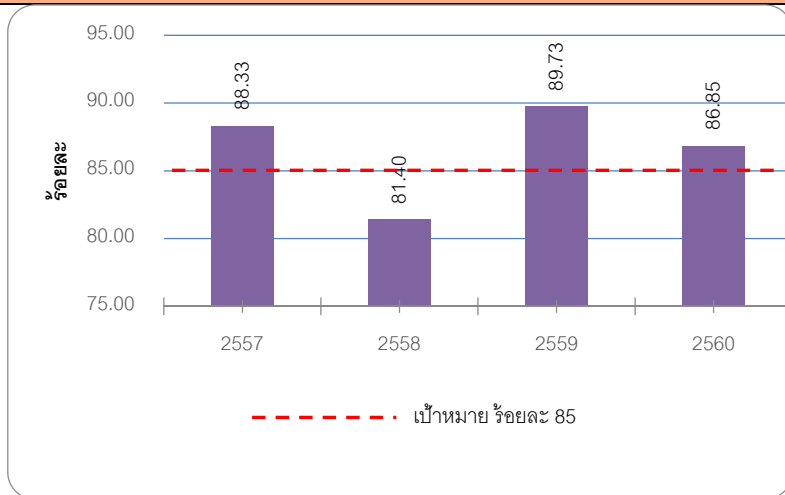
จากตัวชี้วัดที่ 7.1.46 อัตราการสำรองยา มีค่าเป้าหมาย ไม่เกิน 1 เดือนครึ่ง ที่ผ่านมา ศปช. อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย บริษัทฯได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ค้าทุกรายและสามารถส่งมอบยาได้ทันกำหนด

7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า

7.2 ก.(1) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของลูกค้า (บริการสุขภาพ)



ตัวชี้วัด 7.2.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	88.33
2558	81.40
2559	89.73
2560	86.85

ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ

จากตัวชี้วัด 7.2.1 – 7.2.2 ในปี 2557-2558 ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการ ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน พบว่าด้านที่พึงพอใจต่ำ คือ ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก จึงได้มีการพัฒนาโดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานทำกิจกรรม 5ส อย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกหน่วยงานและจัดระบบควบคุมกำกับติดตามอย่างเข้มข้น โดยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบตรวจสอบและประเมินผลเป็นระยะ ผลการประเมินดีขึ้น

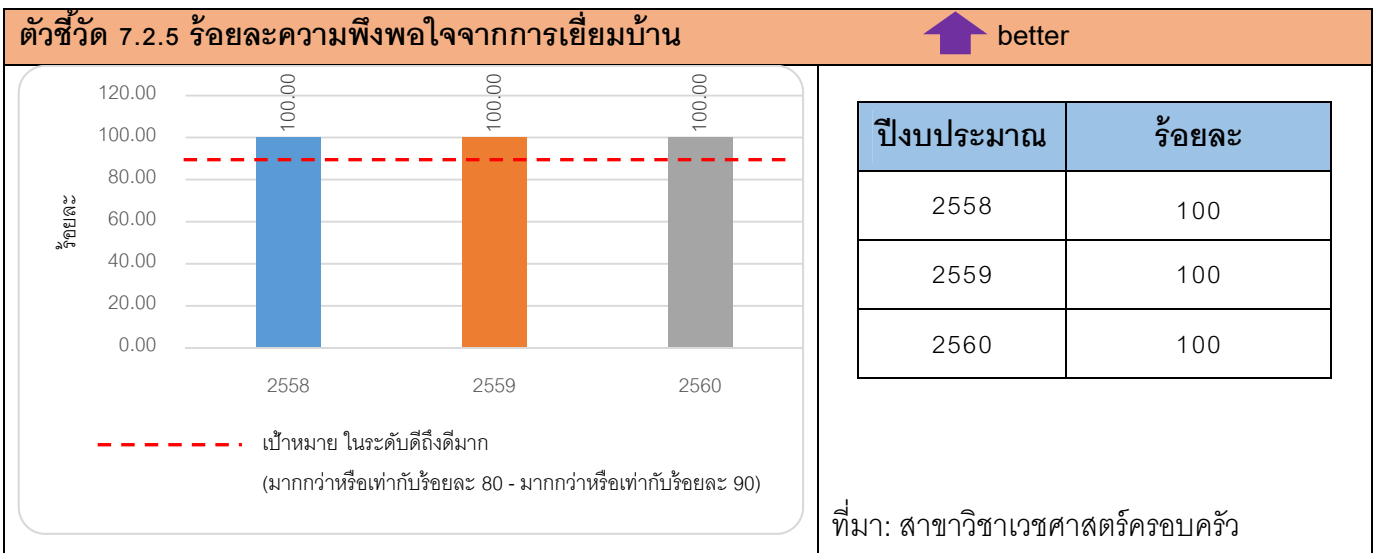
ในปี 2559 ผลการสำรวจดีขึ้น มีข้อเสนอแนะด้านพฤติกรรมบริการ ได้ดำเนินการฝึกอบรมการพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (ESB) โดยงานพัฒนาบุคลากรทุกปี ในกลุ่มบุคลากรใหม่มีการปฐมนิเทศและใช้ธรรมชาติเพื่อการกลมกลืนและปลูกฝังพฤติกรรมที่ดี ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมโครงการธรรมชาติ การปฏิบัติธรรม นำปัญญาของชมรมจริยธรรม ค้นหาบุคคลตัวอย่างให้ได้รับรางวัลบุคลากรดีเด่นประจำปี ประกาศคุณงามความดีผ่านสื่อต่าง ๆ มอบโล่รางวัล และใบประกาศเกียรติคุณ เพื่อเชิดชูผู้ทำความดีและเป็นกำลังใจในการให้บริการที่ดีต่อไป สนับสนุนการพัฒนาด้านการให้บริการ โดยพัฒนาระบบนัดหมายเป็นช่วงเวลา เพิ่มบริการห้องตรวจโรคทั่วไป เพิ่มจำนวนแพทย์ออกตรวจนอกเวลาที่ห้องฉุกเฉิน

ในปี 2560 ศปช. ได้ประกาศโรงพยาบาลคุณธรรม กำหนดอัตลักษณ์ “บริการด้วยใจ ใฝ่สามัคคี มีความรับผิดชอบ” เป็นพฤติกรรมอันพึงประสงค์ของบุคลากร โดยเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ด้วยหลัก ส่งเสริมโครงการเยี่ยมญาติด้วยธรรมชาติ จัดตั้งคลินิกพระคุณเจ้า ร่วมกับกลุ่มพระอาสาศीलานธรรมและวัดชลประทาน สนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมบริการ ส่งผลให้ไม่พบข้อร้องเรียนในระดับรุนแรง และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

ในเดือนธันวาคม 2560 ได้มีการย้ายหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจคัดกรองกระดูก หน่วยตรวจจักษุ มาอยู่อาคาร 20 ชั้น และในเดือนมีนาคม 2561 ย้ายหน่วยตรวจคัดกรอง หน่วยตรวจโรคทั่วไป หน่วยตรวจอายุรกรรม และหน่วยตรวจโสตศอนาสิก ทำให้ข้อร้องเรียน ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกลดลง จัดบริการคลินิกปัญญาภิรมย์ เพื่อลดความแออัดในการบริการผู้ป่วย และอยู่ระหว่างรอดำเนินการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ

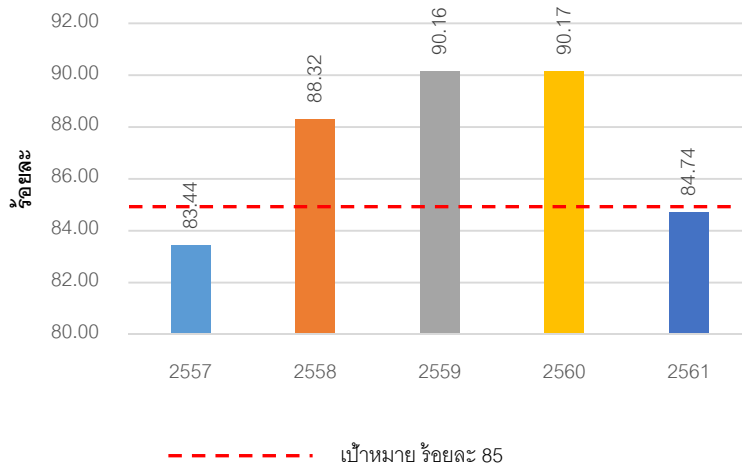
ตัวชี้วัด 7.2.3 ร้อยละความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยนอก				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	75.2
เป้าหมาย: น้อยกว่าร้อยละ 20			ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	

ตัวชี้วัด 7.2.4 ร้อยละความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยใน				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	41.6
เป้าหมาย: น้อยกว่าร้อยละ 20			ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	



7.2 ก.(1) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของลูกค้า (การเรียนการสอน)

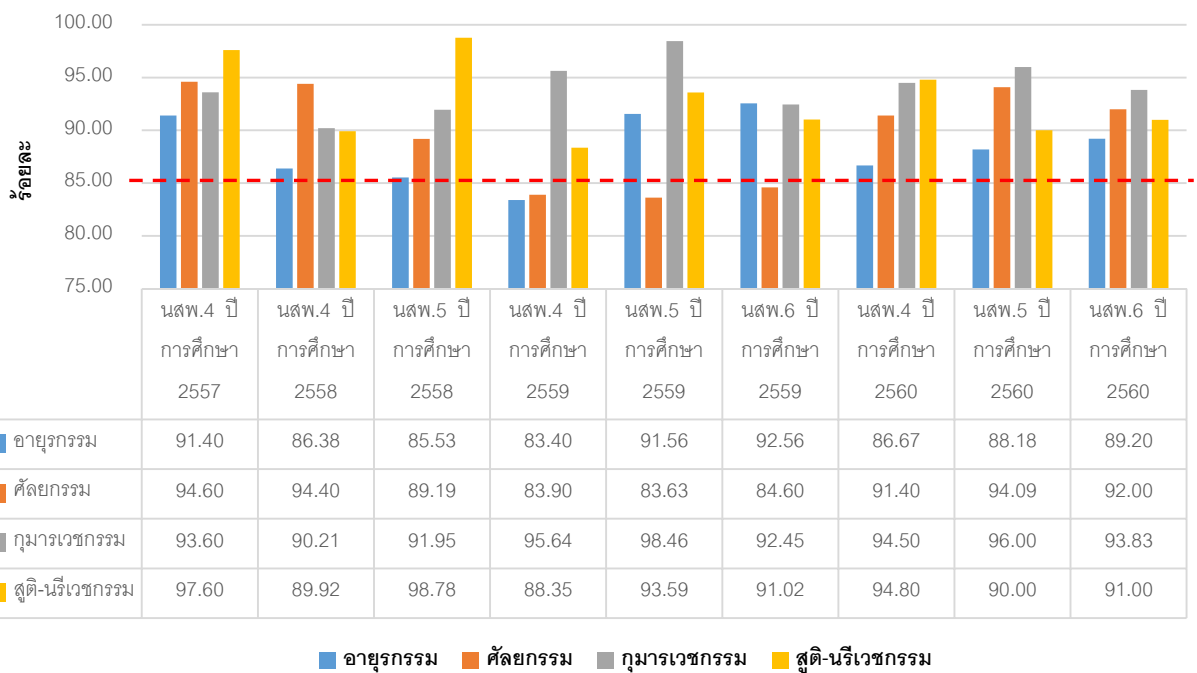
ตัวชี้วัด 7.2.6 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	83.44
2558	88.32
2559	90.16
2560	90.17
2561 (6 เดือน)	84.74

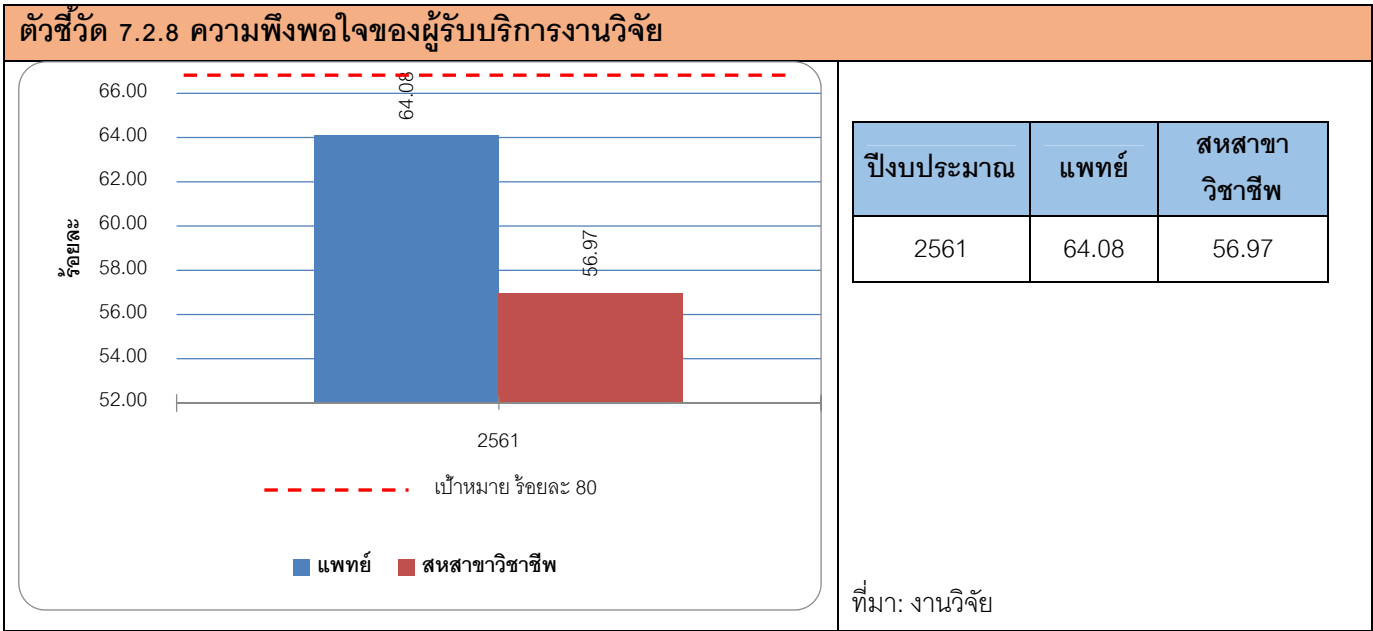
ที่มา: งานแพทยศาสตรศึกษา

ตัวชี้วัด 7.2.7 ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์ต่อการเรียนการสอน

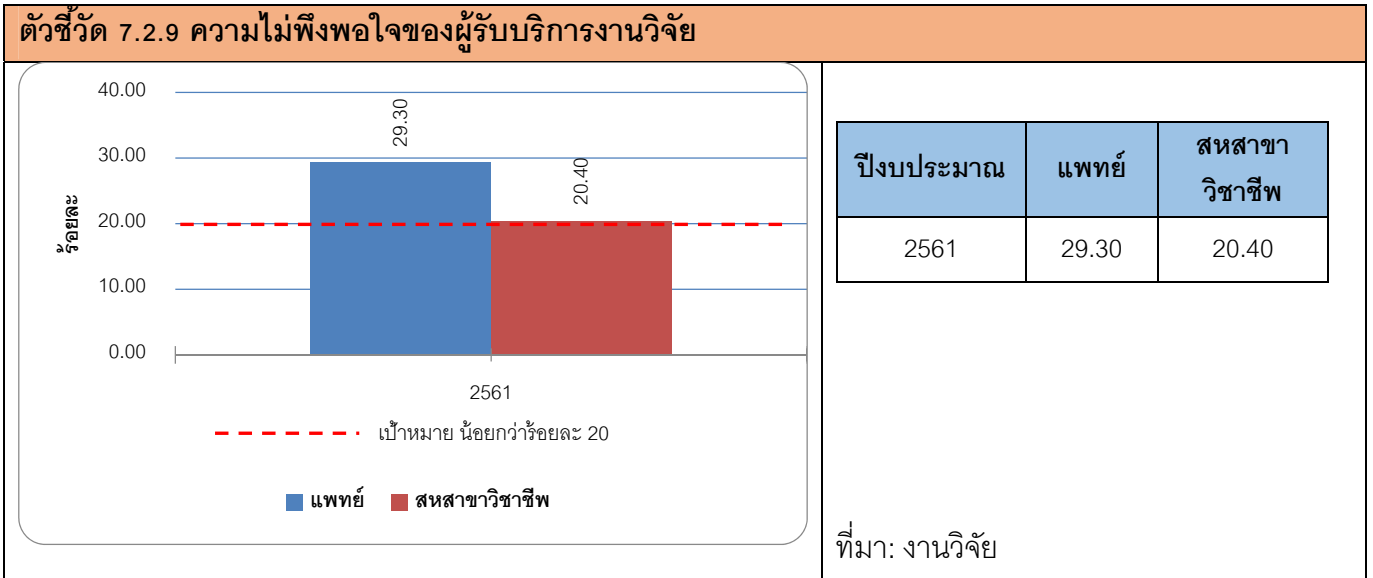


ที่มา: งานแพทยศาสตรศึกษา

7.2 ก.(1) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของลูกค้า (การวิจัย)



จากตัวชี้วัดที่ 7.2.8 ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าในกลุ่มแพทย์ มีความพึงพอใจต่อการจัดงานประชุมวิชาการของ ศปช. เพื่อเป็นเวทีเผยแพร่ผลงานวิชาการมากที่สุด และมีความพึงพอใจเกี่ยวกับการขออนุญาตทำวิจัยของ EC น้อยที่สุด ในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจเรื่อง มศว มีทุนสนับสนุนการตีพิมพ์ 20,000 – 40,000 บาทมากที่สุด และมีความพึงพอใจเกี่ยวกับการขอทุนวิจัยที่ ศปช. น้อยที่สุด



จากตัวชี้วัดที่ 7.2.9 ผลการประเมินความไม่พึงพอใจพบว่าในกลุ่มแพทย์และกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ มีความไม่พึงพอใจด้านการจัดสรรเวลาในการทำงานวิจัยมากที่สุด

7.2 ก.(2) ความผูกพันของลูกค้า (บริการสุขภาพ)

ตัวชี้วัด 7.2.10 ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	62
เป้าหมาย: ร้อยละ 85			ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	

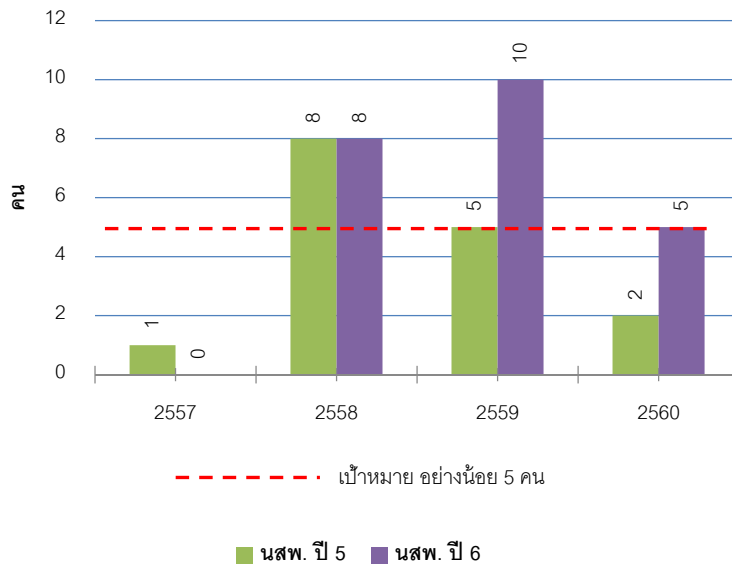
ตัวชี้วัด 7.2.11 ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	80.28
เป้าหมาย: ร้อยละ 85			ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	

ตัวชี้วัด 7.2.12 ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	69.10
เป้าหมาย: ร้อยละ 75			ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	

ตัวชี้วัด 7.2.13 ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ				
หน่วยนับ	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560
ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	82.35
เป้าหมาย: ร้อยละ 85			ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ	

7.2 ก.(2) ความผูกพันของลูกค้า (การเรียนการสอน)

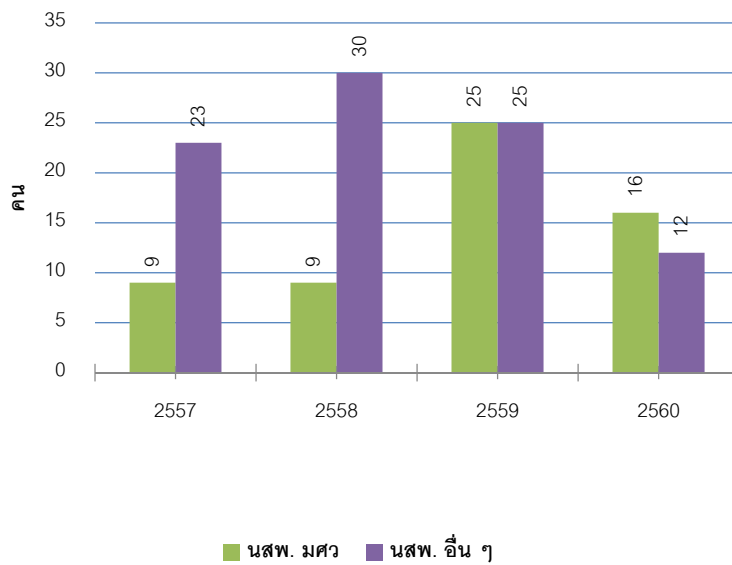
ตัวชี้วัด 7.2.14 นิสิตแพทย์ มศว เรียนรายวิชาเลือก ณ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



ปีงบประมาณ	นสพ. ปี 5	นสพ. ปี 6
2557	1	0
2558	8	8
2559	5	10
2560	2	5

ที่มา: งานแพทยศาสตรศึกษา

ตัวชี้วัด 7.2.15 จำนวนนิสิตแพทย์ มศว สมัครเป็นแพทย์ใช้ทุนศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



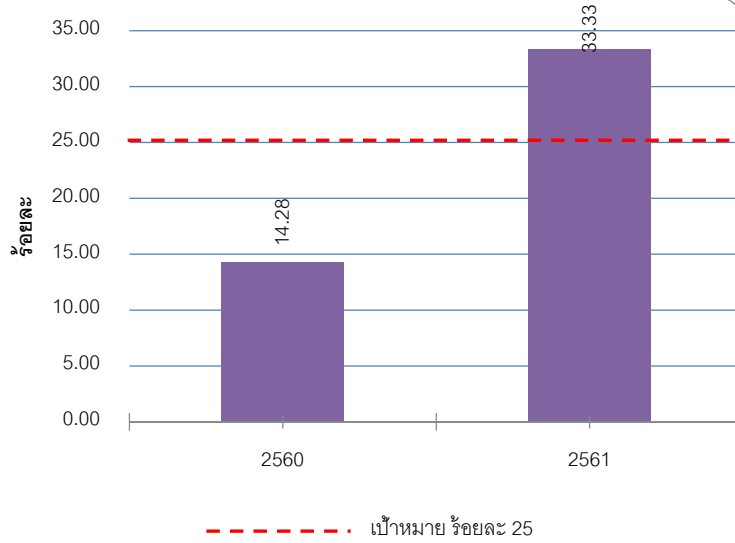
ปีงบประมาณ	นสพ. มศว	นสพ. อื่น ๆ
2557	9	23
2558	9	30
2559	25	25
2560	16	12

ที่มา: งานแพทยศาสตรศึกษา

7.2 ก.(2) ความผูกพันของลูกค้า (การวิจัย)

ตัวชี้วัด 7.2.16 ร้อยละของงานวิจัยที่เกิดจากแหล่งทุนเดิม

↑ better



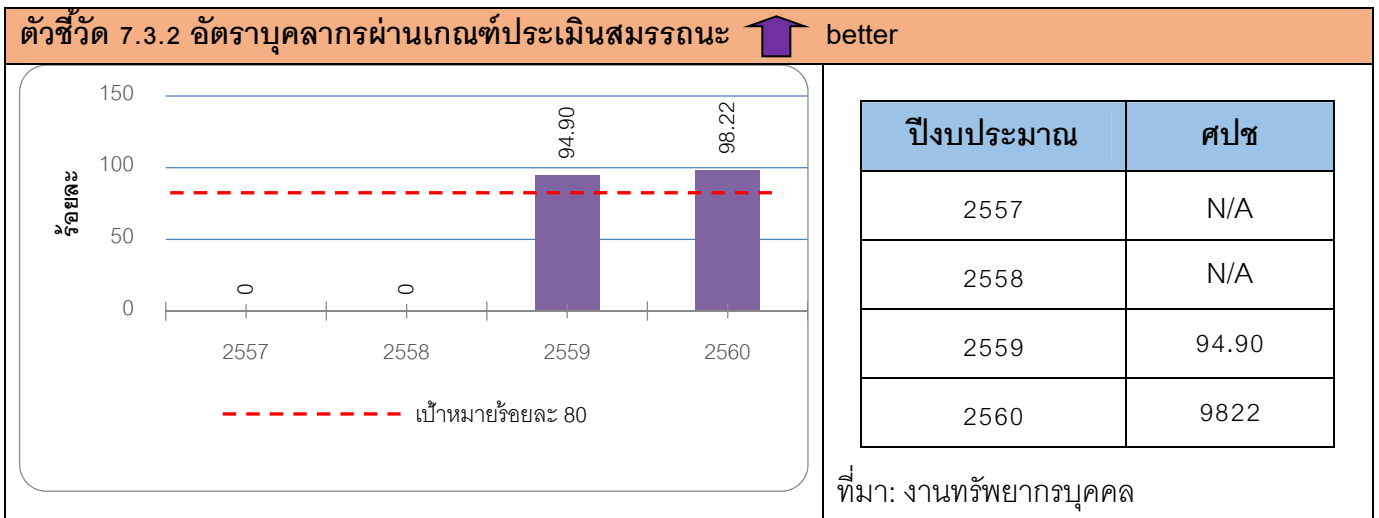
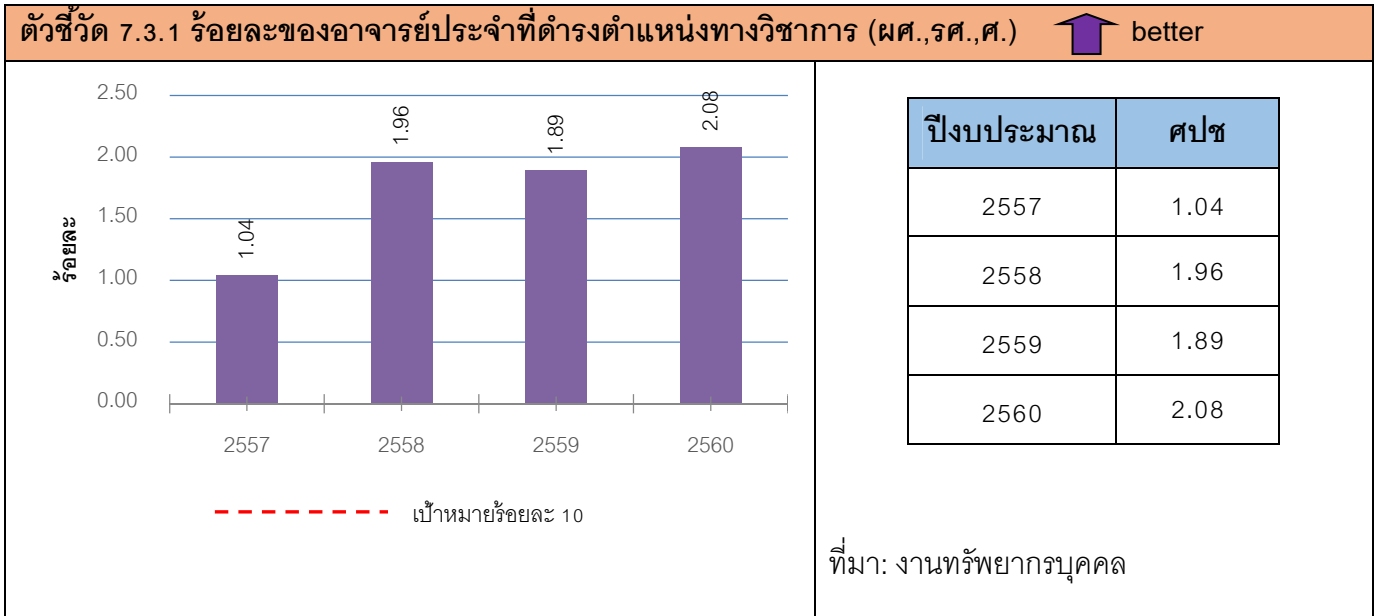
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2560	14.28
2561 (6 เดือน)	33.33

ที่มา: งานวิจัย

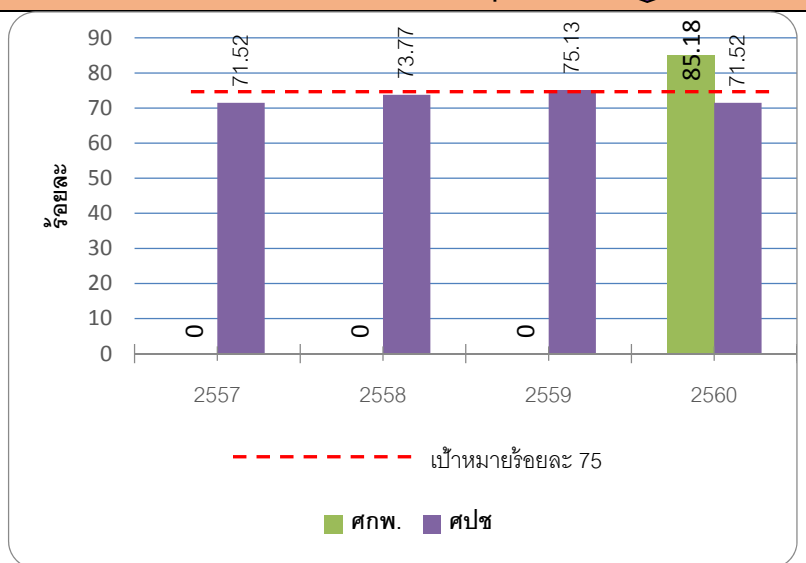
7.3 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร

7.3 ก. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร

7.3 ก. (1) ผลลัพธ์ด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังบุคลากร



ตัวชี้วัด 7.3.3 อัตราความพึงพอใจของบุคลากร

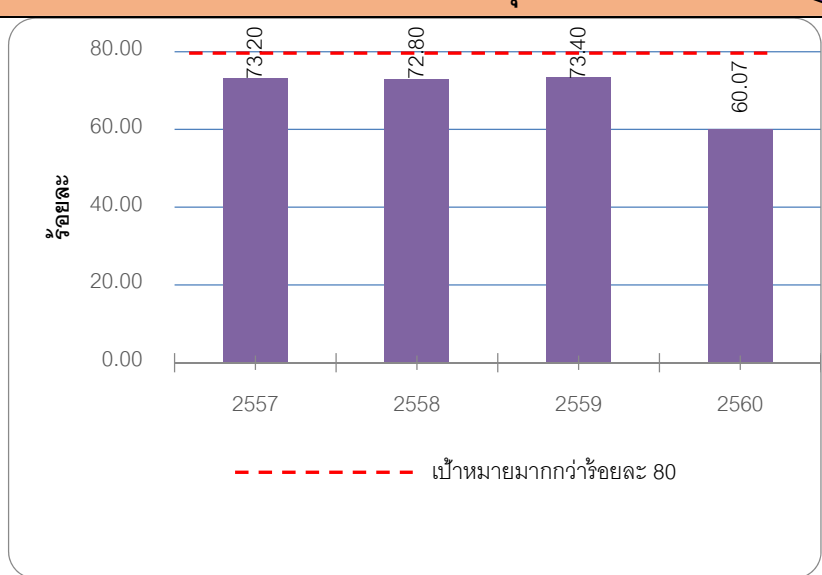


ปีงบประมาณ	ศปช	ศกพ
2557	71.52	N/A
2558	73.77	N/A
2559	75.13	N/A
2560	71.52	85.18

ที่มา: งานทรัพยากรบุคคล

7.3 ก. (2) ผลลัพธ์ด้านบรรยากาศการทำงาน

ตัวชี้วัด 7.3.4 ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กร



ปีงบประมาณ	ศปช
2557	73.20
2558	72.80
2559	73.40
2560	60.07

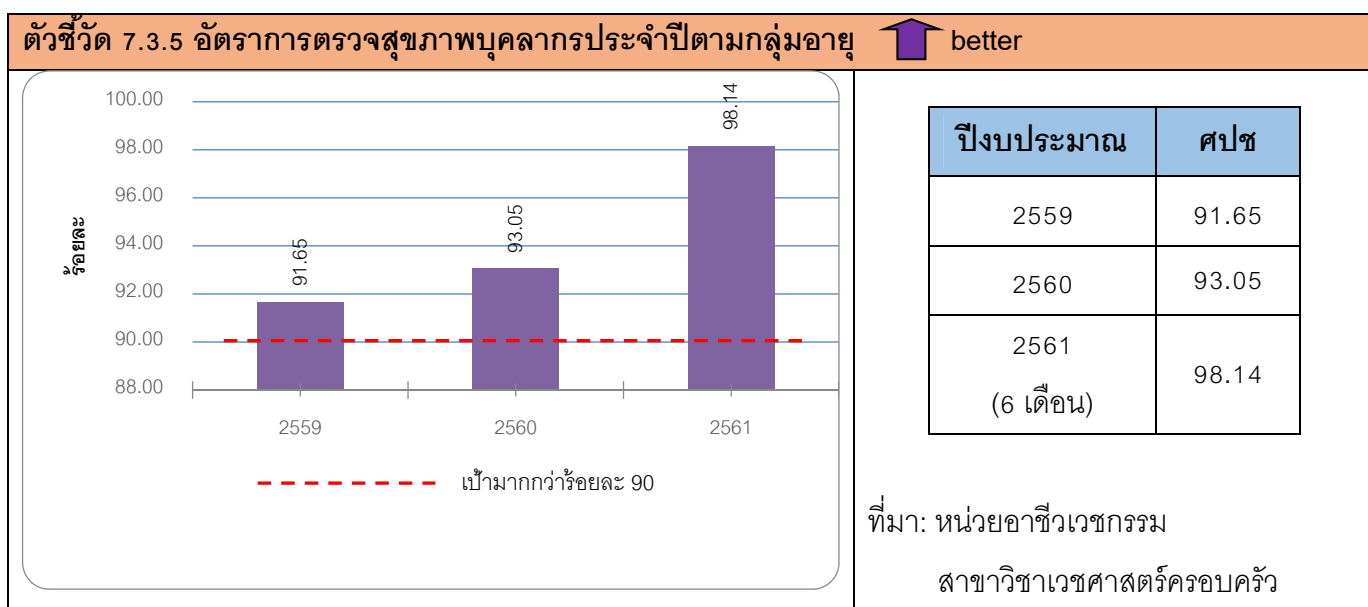
ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ


จากตัวชี้วัด 7.3.4 ปี 2558 - 2560 ศปชใช้ผลประเมินของสรพ. ความผูกพันของบุคลากร โดยพบว่าปี 2558 การสื่อสารภายในองค์กรไม่ทั่วถึง มีวิธีการในการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง จากเดิมที่ใช้การสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบทางเดียว (One-way Communication) แต่จากผลการประเมินความผูกพัน ในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนน้อย จึงได้นำผลมาปรับเปลี่ยนและพัฒนาช่องทางการสื่อสารเป็นการสื่อสารระบบสองทาง (Two-way Communication) เพื่อถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์และนโยบาย จากผู้บริหารสู่บุคลากรทุกระดับ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรเพื่อก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกันได้ นอกจากนี้ผู้บริหารยังนำข้อเสนอแนะจากบุคลากรมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา เป็นการเสริมสร้างให้

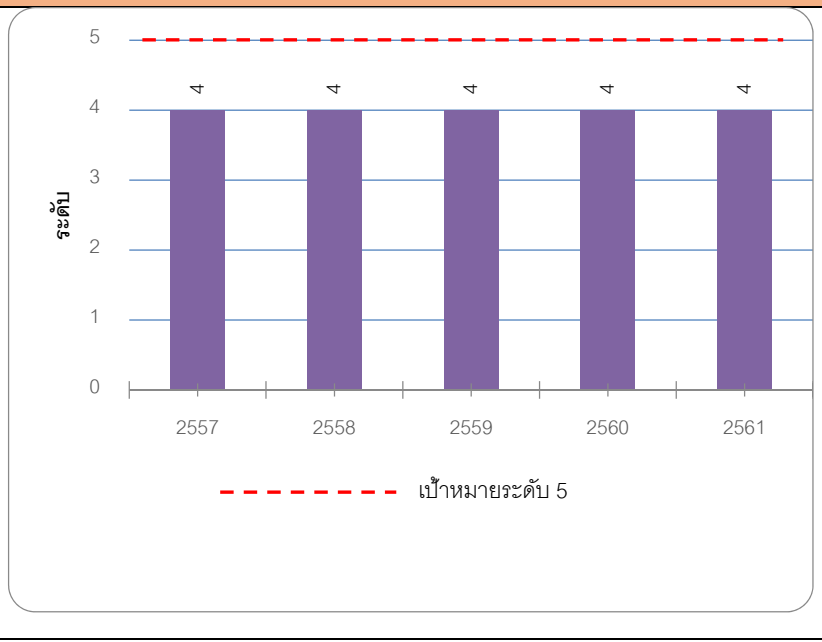
บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ในด้านการสื่อสารภายในองค์กรมีคะแนนที่ดีขึ้น

จากผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจและความผูกพันขององค์กร ปี 2560 ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการด้านที่พักอาศัย ได้มีแผนปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น ถนนทางเข้าหอพัก ที่บังตาราวตากผ้าตู้คอนเทนเนอร์ อยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้างหอพักสำหรับบุคลากรจะแล้วเสร็จในปี 2562 ระบบการจัดการด้านการรักษาพยาบาล ได้มีการแยกห้องตรวจเฉพาะเจ้าหน้าที่ และนอกเวลาราชการ ที่ ER และจัดคิวให้ตรวจก่อน

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




ตัวชี้วัด 7.3.6 คะแนนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล อยู่ระดับ 5 (ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค)  better

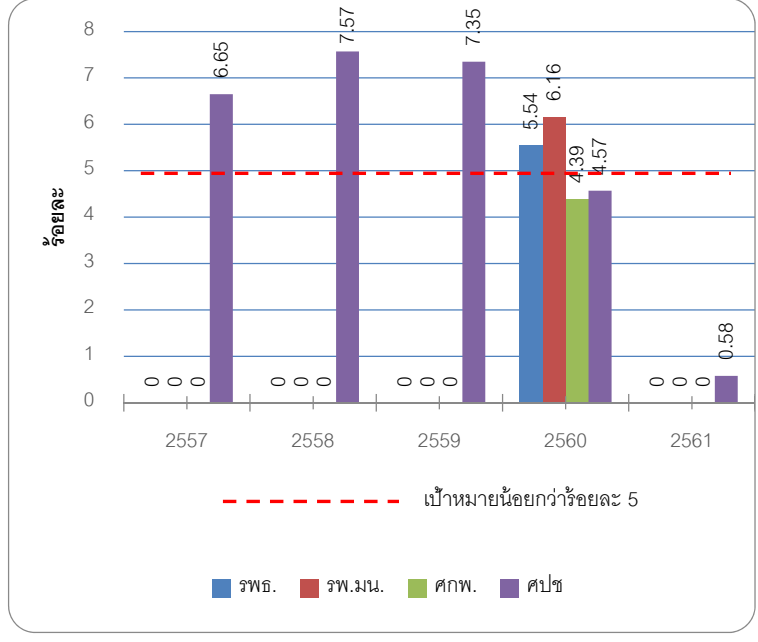


ปีงบประมาณ	ระดับ
2557	4
2558	4
2559	4
2560	4
2561 (6 เดือน)	4

ที่มา: คณะทำงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

7.3 ก. (3) ผลลัพธ์ด้านความผูกพันของบุคลากร

ตัวชี้วัด 7.3.7 อัตราการลาออกภาพรวมของบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม  better

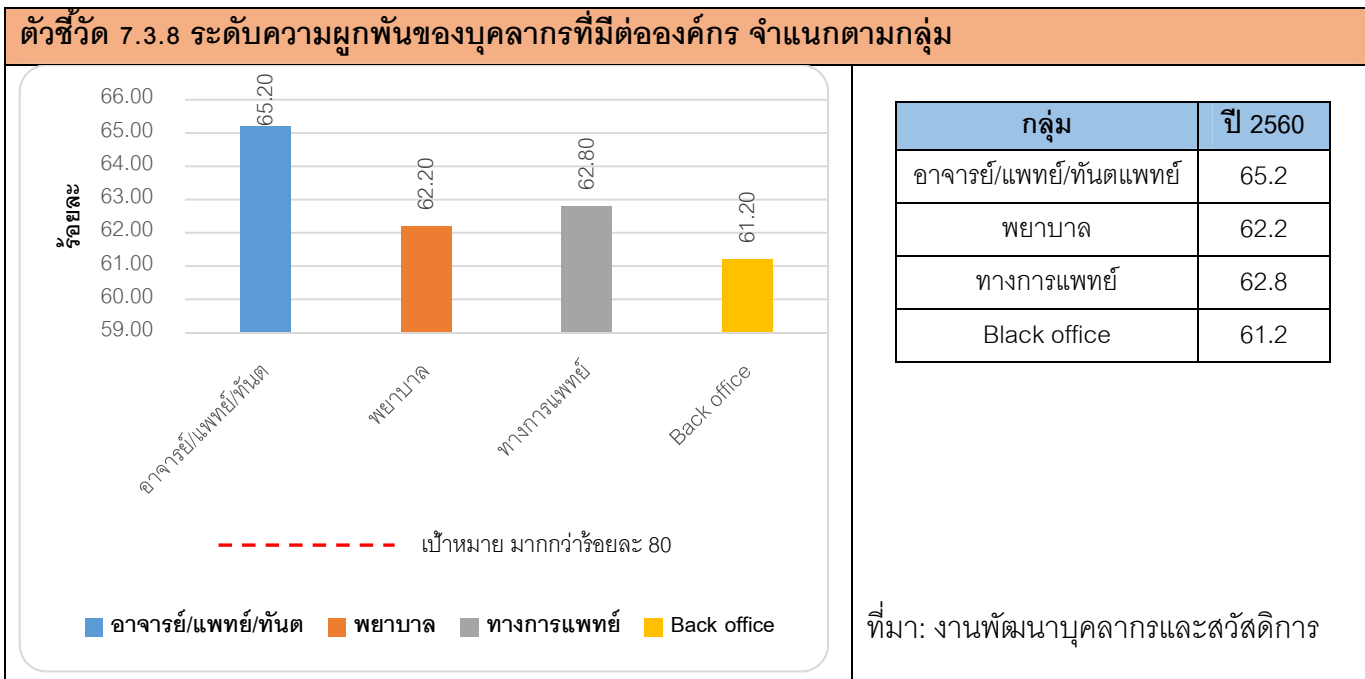


ปีงบม.	รพช.	รพ.ม.น.	ศกพ.	ศปช.
2557	N/A	N/A	N/A	6.65
2558	N/A	N/A	N/A	7.57
2559	N/A	N/A	N/A	7.35
2560	5.54	6.16	4.39	4.57
2561 (6 เดือน)				0.58

ที่มา: งานทรัพยากรบุคคล

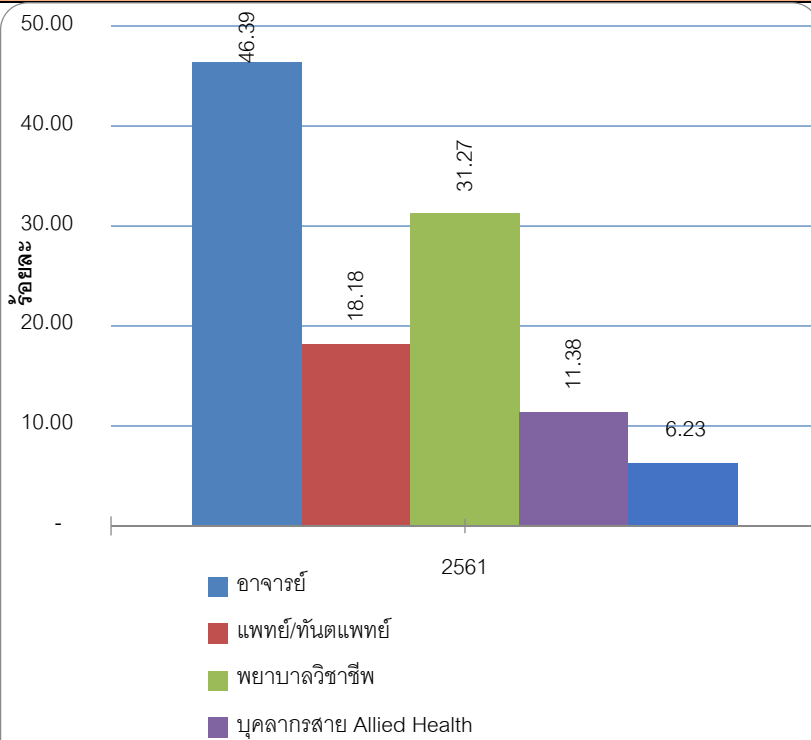
จากตัวชี้วัด 7.3.7 ในปี 2556 - 2560 มีแนวโน้มของการลาออกเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มพบว่า แพทย์เพิ่มพูนทักษะลาออกมากที่สุด ซึ่งสาเหตุสำคัญคือ ด้านการศึกษาต่อเฉพาะทาง รองลงมาคือ พยาบาล สาเหตุสำคัญคือ การย้ายกลับภูมิลำเนา โดยมีกิจกรรมสนับสนุนเพื่อลดปัญหาบุคลากรลาออก เช่น โครงการ 3 S การค้นหาบุคลากรดีเด่นในหน่วยงาน การเปิดเวทีผู้บริหารพบผู้ปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขเชิงระบบเพื่อ

ตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติ ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า 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

ตัวชี้วัด 7.3.9 ร้อยละการพัฒนาบุคลากร จำแนกตามกลุ่ม



กลุ่ม	ปี 2561
อาจารย์	46.39
แพทย์/ทันตแพทย์	18.18
พยาบาลวิชาชีพ	31.27
บุคลากรสาย Allied Health	11.38
บุคลากรสายสนับสนุน (Back Office)	6.23

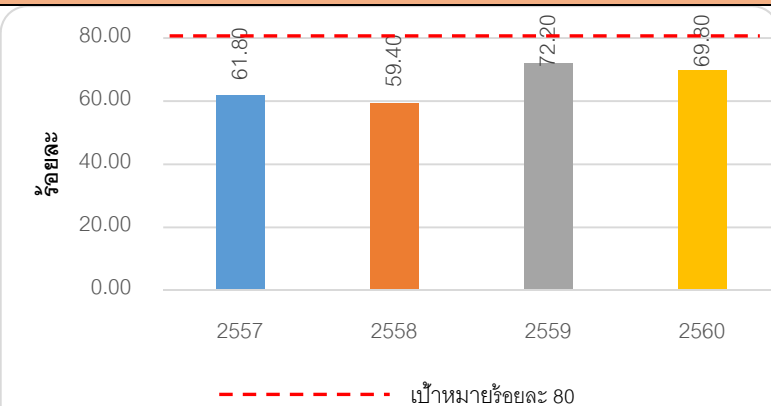
ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ

7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร

7.4 ก. ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร การกำกับดูแลองค์กร และความรับผิดชอบต่อสังคม


7.4 ก. (1) ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร

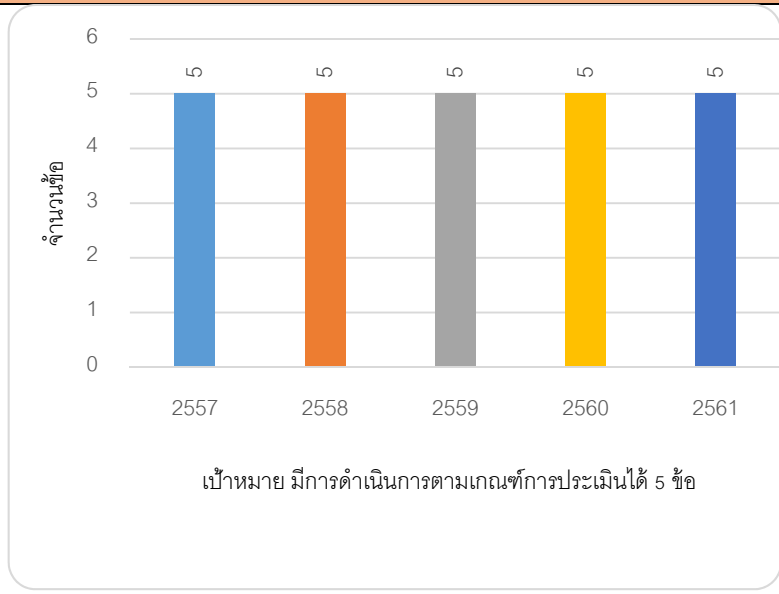
ตัวชี้วัด 7.4.1 คะแนนการประเมินความพึงพอใจทีมผู้บริหารศูนย์การแพทย์ฯ



ปีงบประมาณ	ศปช
2557	61.80
2558	59.40
2559	72.20
2560	69.80


ที่มา: งานพัฒนาบุคลากรและสวัสดิการ

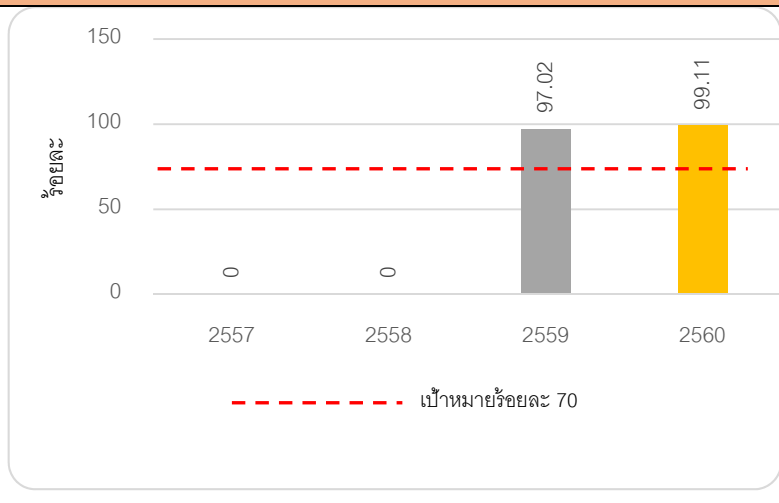
ตัวชี้วัด 7.4.2 ภาวะผู้นำของผู้บริหารหน่วยงาน  better



ปีงบประมาณ	ข้อ
2557	5
2558	5
2559	5
2560	5
2561	5

ที่มา : งานนโยบายและแผน

ตัวชี้วัด 7.4.3 ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนการรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการดำเนินงานในระดับองค์กร  better



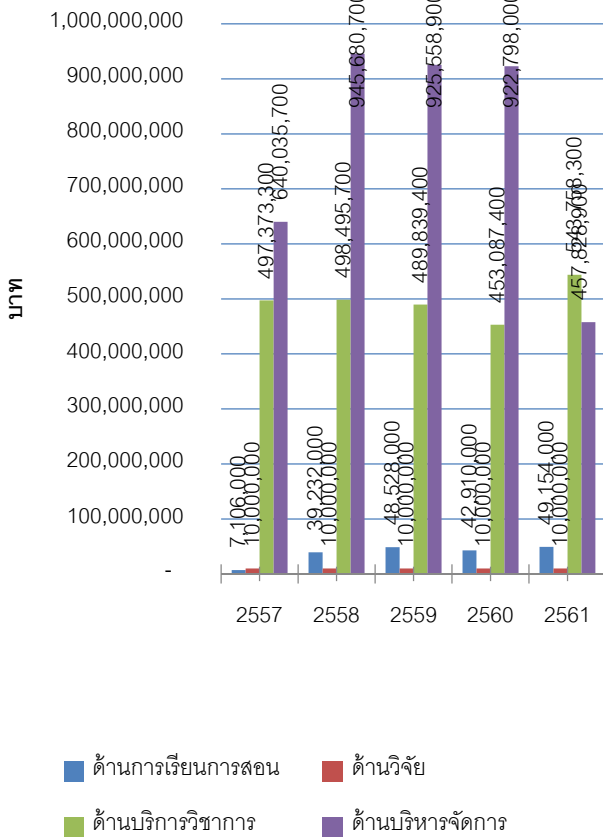
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	N/A
2558	N/A
2559	97.02
2560	99.11

ที่มา : งานทรัพยากรบุคคล

7.4 ก. (2) ผลลัพธ์ด้านการกำกับดูแลองค์กร

ตัวชี้วัด 7.4.4 จำนวนเงินงบประมาณที่ได้จัดสรรเพื่อพัฒนาตามพันธกิจหลักของศูนย์การแพทย์ฯ

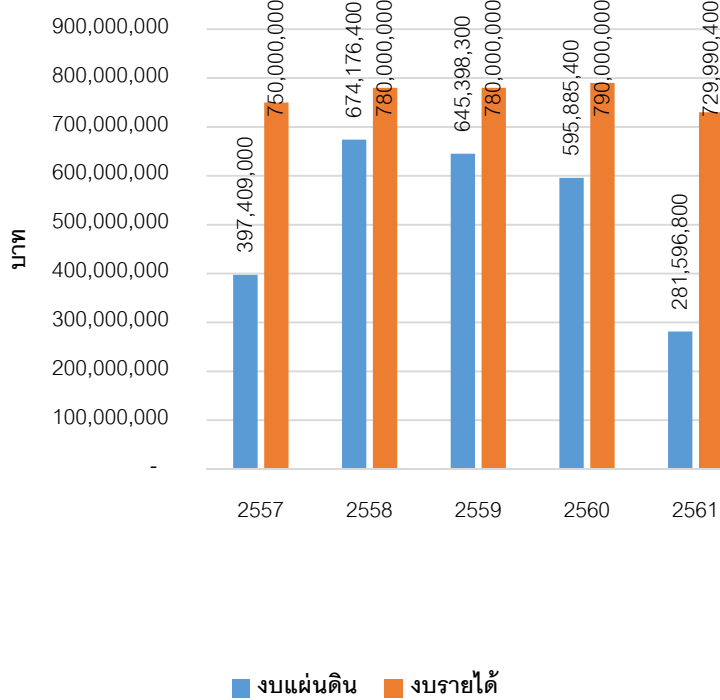
↑ better



ปีงบประมาณ	ด้านการเรียนการสอน	ด้านวิจัย	ด้านบริการวิชาการ	ด้านบริหารจัดการ
2557	7,106,000	10,000,000	497,373,300	640,035,700
2558	39,232,000	10,000,000	498,495,700	954,680,700
2559	48,528,000	10,000,000	489,839,400	925,558,900
2560	42,910,000	10,000,000	453,087,400	922,798,000
2561	49,154,000	10,000,000	543,758,300	457,828,900

ที่มา: งานนโยบายและแผน

ตัวชี้วัด 7.4.5 จำนวนเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ของ ศปช

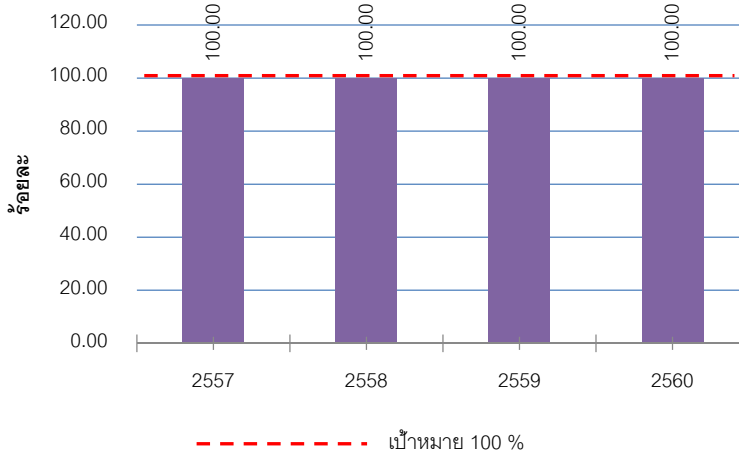


ปีงบประมาณ	งบแผ่นดิน	งบรายได้
2557	397,409,000	750,000,000
2558	674,176,400	780,000,000
2559	645,398,300	780,000,000
2560	595,885,400	790,000,000
2561	281,596,800	729,990,400

ที่มา: งานนโยบายและแผน

7.4 ก. (3) ผลลัพธ์ด้านกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับ

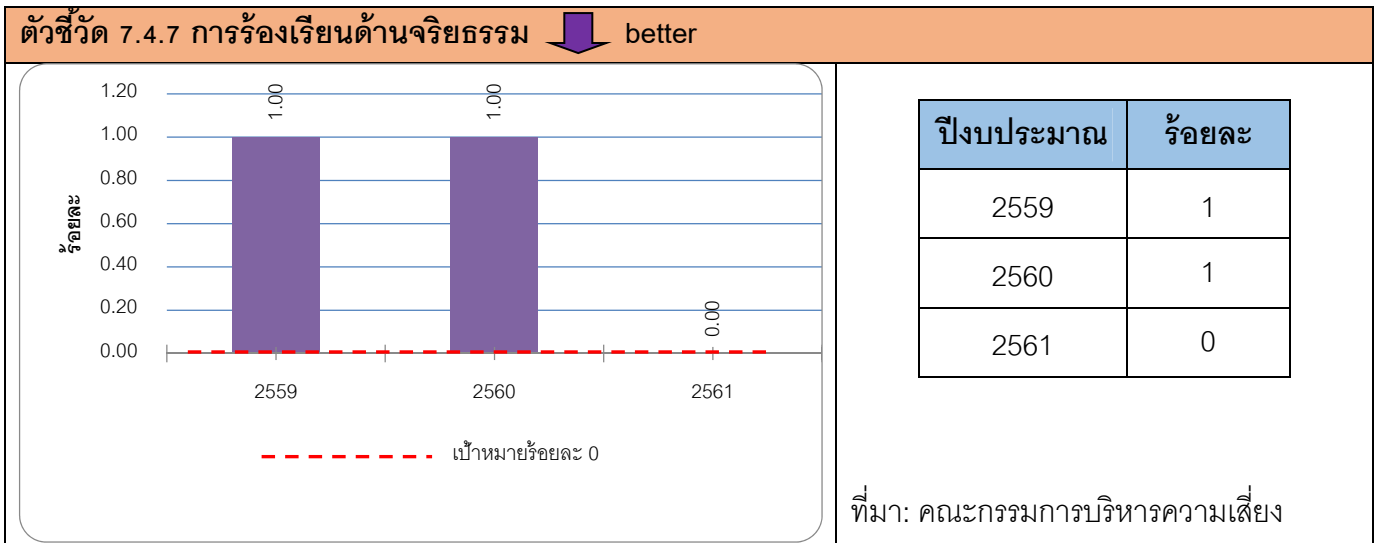
ตัวชี้วัด 7.4.6 ผลการตรวจสอบบัญชีผ่านเกณฑ์ better



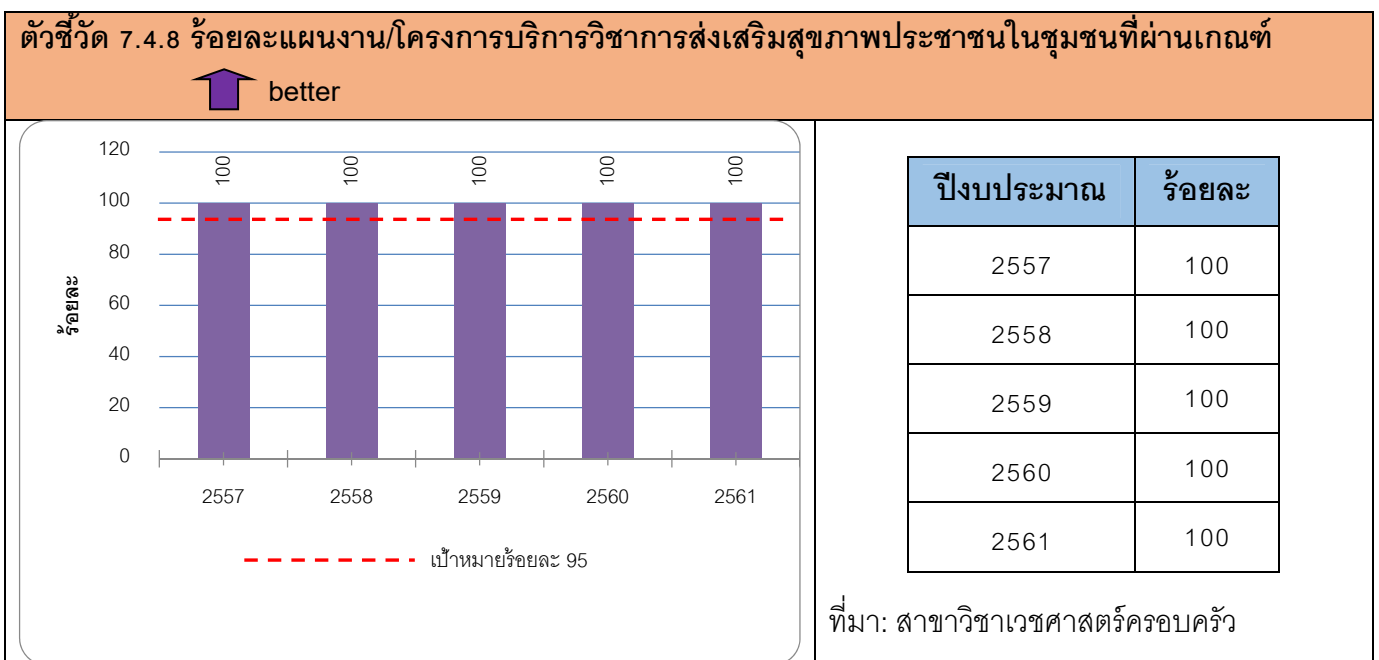
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	100
2558	100
2559	100
2560	100

ที่มา: งานคลัง

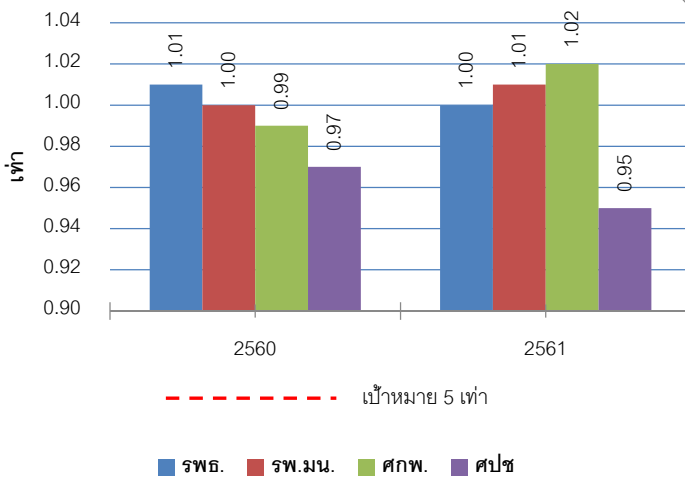
7.4 ก. (4) ผลลัพธ์ด้านจริยธรรม



7.4 ก. (5) ผลลัพธ์ด้านสังคม



ตัวชี้วัด 7.4.9 สัดส่วนของขยะรีไซเคิล

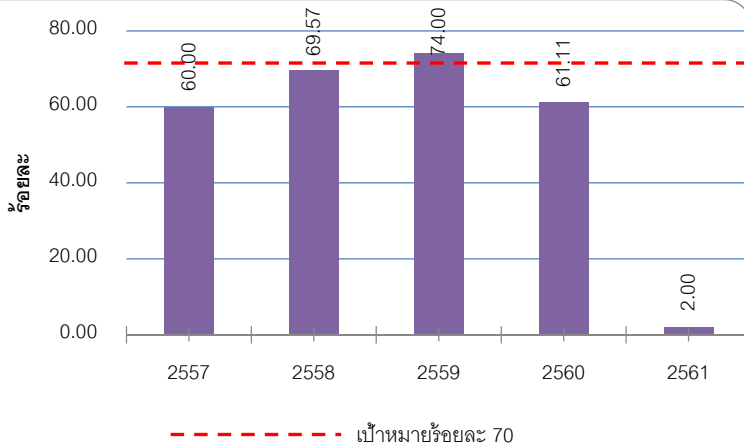


ปีงบประมาณ	รพธ.	รพ.มน.	ศกพ.	ศปช.
2560	1.01	1.00	0.99	0.97
2561	1.00	1.01	1.02	0.95

ที่มา: งานกายภาพและสิ่งแวดล้อม

7.4 ข. ผลลัพธ์ด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

ตัวชี้วัด 7.4.10 การวางแผนปฏิบัติการประจำปีที่สุดอดคล้องกับแผนกลยุทธ์และการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการประจำปี



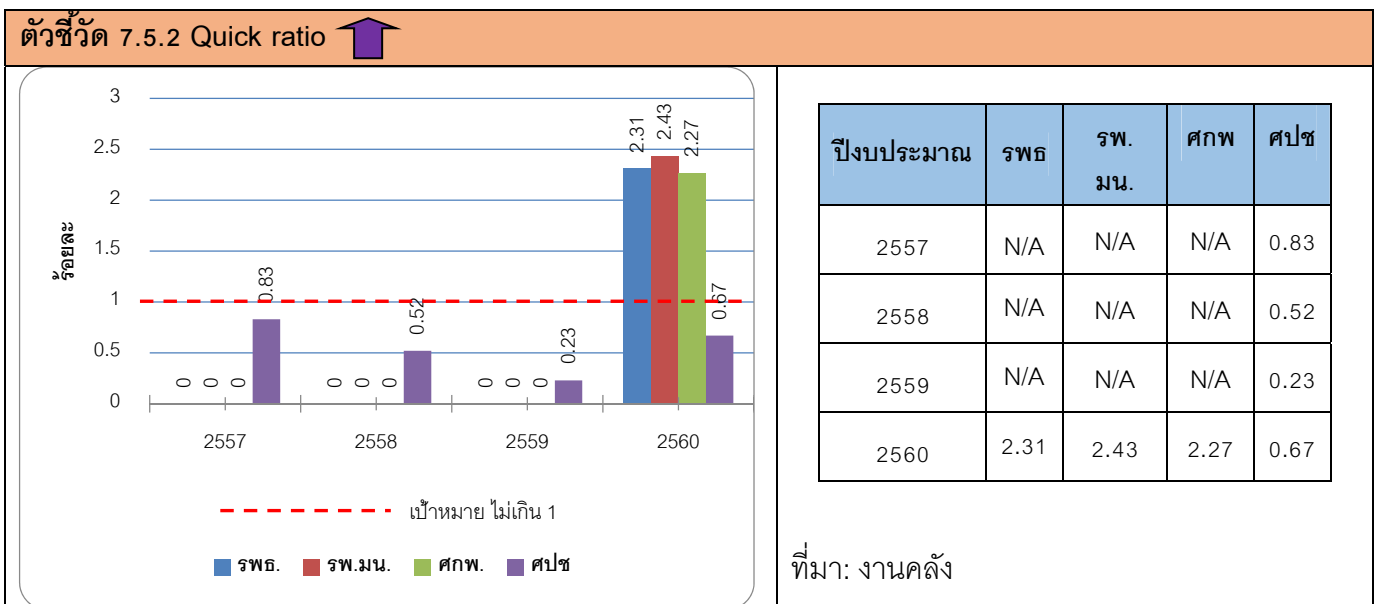
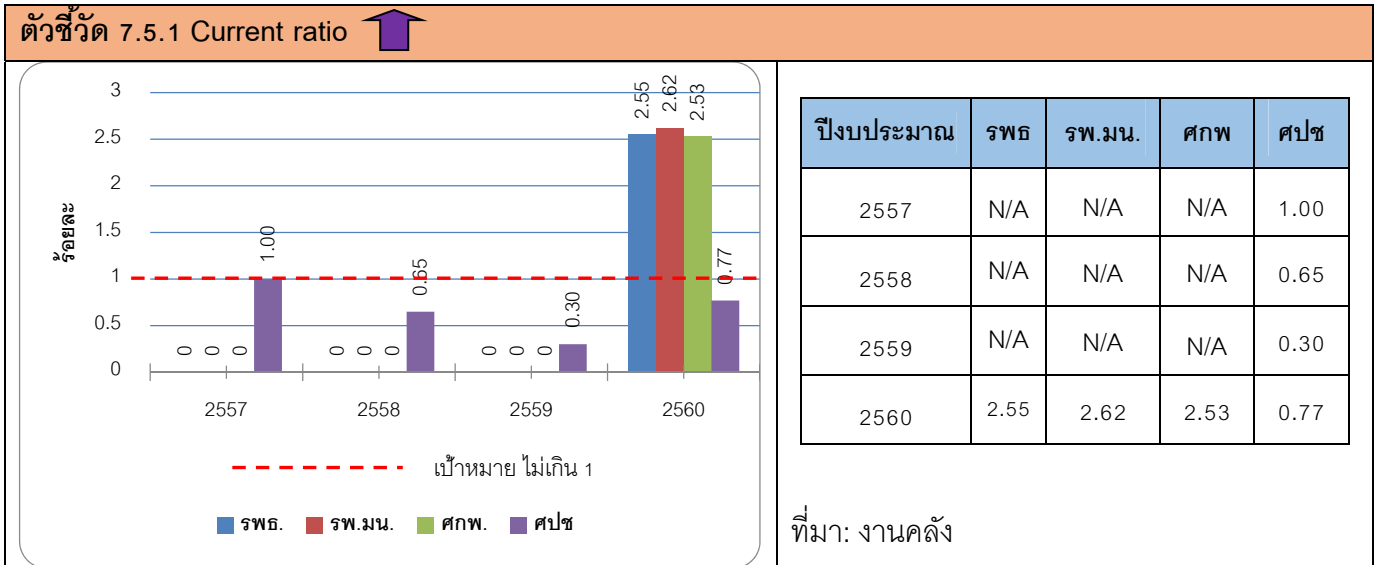
ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	60
2558	69.57
2559	74
2560	61.11
2561	2

ที่มา: งานนโยบายและแผน

7.5 ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด

7.5 ก. ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด

7.5 ก. (1) ผลลัพธ์การดำเนินการด้านการเงิน



จากตัวชี้วัด 7.5.2 ดัชนีตัวชี้วัดโรงพยาบาลในส่วนของ Current ratio, Quick ratio ไม่บรรลุเป้าหมาย โดยมีแนวโน้มลดลง ทั้ง 2 ค่า จากการวิเคราะห์พบว่า การขาดสภาพคล่อง จากการเป็นหนี้สะสมโดยเฉพาะ 3 ลำดับแรกของหนี้สิน คือ ① ค่ายา ② ค่าวัสดุทางการแพทย์ ③ ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลจึงวางนโยบายการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย โดยได้ดำเนินการดังนี้

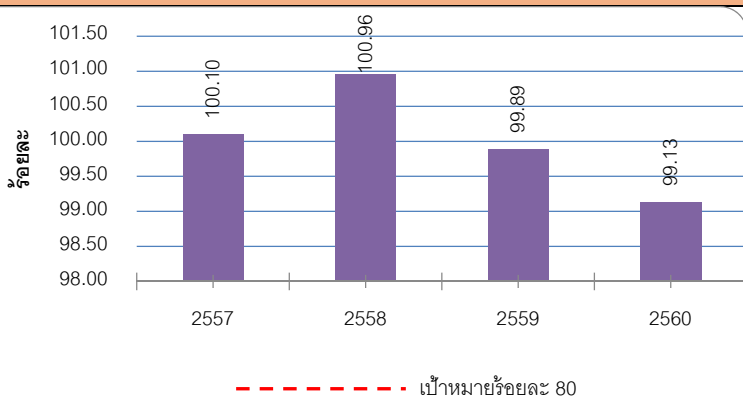
การเพิ่มรายรับ โดยการปรับ Flow การให้บริการด้านหน้าโดยเพิ่มจุดชำระเงิน/ชำระเงินก่อนทำหัตถการ , ปรับอัตราค่าบริการ/ค่าหัตถการให้ทันสมัย เปิดตึกพิเศษ (ตึกปัญญาเทศาภิบาล) , เปิดคลินิกปัญญาภิรมย์ , เปิดรับ Fax

claim service , เพิ่มอัตราครองเตียงในห้องพิเศษทำให้มีรายรับเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ ปี 60 รายรับเพิ่มมากขึ้นกว่า ปี 59 มากกว่า 86 ล้านบาท

การลดรายจ่าย ตั้งกรรมการควบคุมค่าใช้จ่ายในส่วนวัสดุ/ครุภัณฑ์/วัสดุสำนักงาน และต่อรองลดต้นทุนสินค้า ตั้งคณะกรรมการ Utilize management , ควบคุมการใช้จ่าย โดยเฉพาะยานอวกบัญชีฯหลักแห่งชาติ ให้มีความเหมาะสมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า กำหนดมาตรการติดตามการชำระหนี้ นำ Unit Cost มาดำเนินการคาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน พฤษภาคม 2561 เพื่อนำสู่การพัฒนาต่อไป

จัดตั้ง หน่วยงานการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์ โดยเชิญที่ปรึกษาจากภาคเอกชนภายนอก เพื่อช่วยในการระดมทุน มาช่วยเหลือโรงพยาบาลและเพิ่มกลุ่มลูกค้า ที่มีความผูกพันต่อโรงพยาบาลในรูปแบบ VIP

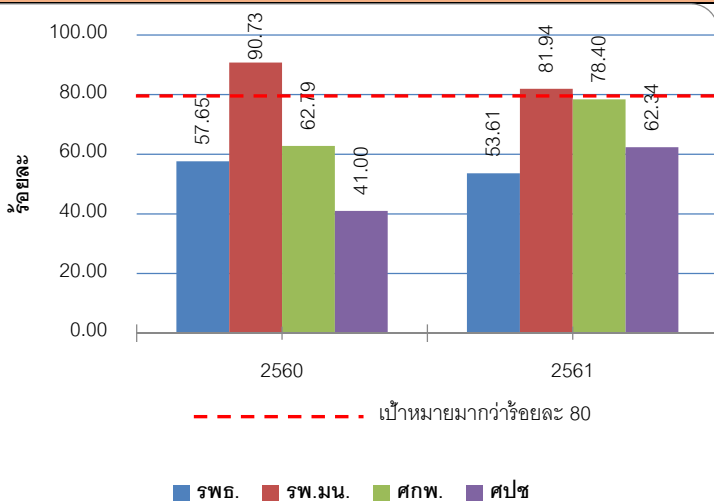
ตัวชี้วัด 7.5.3 ร้อยละของงบประมาณที่เบิกจ่ายได้ตรงตามเป้าหมาย



ปีงบประมาณ	ร้อยละ
2557	100.10
2558	100.96
2559	99.89
2560	99.13

ที่มา: งานคลัง

ตัวชี้วัด 7.5.4 อัตราการเรียกคืนเงิน (Reimbursement) ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง



ปีงบประมาณ	รพช.	รพ.ม.	ศกพ.	สปช.
2560	57.65	90.73	62.79	41.00
2561	53.61	81.94	78.40	62.34

ที่มา: งานสิทธิประโยชน์



ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ