รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

I-1 การนำ

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค62-มี.ค.63
พฤติกรรมที่มีจริยธรรม						
- มีการอบรมจริยธรรมของบุคลากรในรพ	≥1ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1
- จำนวนข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
ความรับผิดชอบด้านการเงิน						
Current ratio	≥ 1.5	1.23	1.28	0.89	1.2	1.91
Quick ratio	>1	1.08	1.15	0.69	1.07	1.76
Cash ratio	>0.8	0.73	0.82	0.48	0.85	1.35
ระดับวิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาล	<3	3	1	5	1	1
การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ - ค่าคุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
การปฏิบัติตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ - ร้อยละของข้าราชการปฏิบัติตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ii. บริบท

โรงพยาบาลชุมแสงเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 60 เตียง โรงพยาบาลตั้งอยู่ บนถนนสาย 225 ตั้งติดถนนสายหลัก ห่างจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (รพศ. 45กม.) แบ่งการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 126 หมู่บ้าน เทศบาลตำบล 2 แห่ง ,องค์การบริหารส่วนตำบล 11แห่ง ประชากรจำนวน 64,555 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยแรง งานประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15แห่ง คลินิกเทศบาล1แห่ง การบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานทุกหน่วย และมีการเชื่อมโยงนโยบาย ทิศทางนำสู่คณะกรรมการต่างๆโดยมีการประชุมชี้แจงกำหนดแนวทางปฏิบัติสู่ผู้ปฏิบัติ โดยมีการประชุมทุกเดือน โรงพยาบาล ชุมแสงให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้ บริการโรคตาเปิดบริการคลินิกโรคตา ,ผ่าตัดต้อกระจก /ต้อเนื้อ รวมทั้งให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยประชากรในพื้นที่อำเภอชุมแสง เดิมเปิดให้บริการระดับบริการปฐมภูมิ เป็น Node 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านหนองขอน ,รพ.ชุมแสง ,รพ.สต.บ้านทับกฤช ซึ่งในปีนี้เปิดเพิ่มอีก 2 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านต้นโพธิ์ และ รพ.สต.สันติสุข ส่งผลใช้ประชากร สามารถเข้าถึงบริการได้ ทันเวลา บุคลากร มีสมรรถนะ ภายใต้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตามหลักธรรมาภิบาล มีการควบคุมติดตามสร้างการ เรียนรู้ด้าน บริหาร วิชาการ และการใช้เทคโนโลยี ด้านสุขภาพในภาคีเครือข่าย สนับสนุนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

วิสัยทัศน์: โรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี ชุมชนมีส่วนร่วม ปี2565

พันธกิจ:
1. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ มาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาระบบการทำงานด้านสุขภาพโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม

ค่านิยม: 1. ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

2. ทำงานเป็นทีม

3. ซื่อสัตย์ บริการดี มีคุณธรรม

อัตตลักษณ์ : ซื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี

ระบบกำกับดูแลองค์กร: ผู้นำระดับสูงและทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ตัวชี้วัด ติดตามประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร โดยมีการทบทวน ทีมบริหารเชื่อมโยงระบบงานคุณภาพภายใต้การดำเนินของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และกระจายความรับผิดชอบ เพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน เปิดช่องทางให้บุคลากรทุกระดับสามารถสื่อสารถึงผู้นำ โดยกำหนดในวาระประชุม ขับเคลื่อนประเด็นสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์วิสัยทัศน์ ติดตามการดำเนินงานประเด็นสำคัญได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ แผน Service Plan และแผนการเงินการคลัง แผนการพัฒนาบุคลากรการพัฒนาคุณภาพ โดยมีการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานตาม แผนงาน และตัวชี้วัด ในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน ระบบงานกำกับดูแล : ได้แก่ ระบบควบคุมภายใน รพ. ให้ถูกต้องตามระเบียบการเงิน - การบัญชี การคลังและพัสดุ /ระบบการตรวจสอบภายใน จากหน่วยงาน อิสระ จาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากจังหวัด / การประเมินและรับรองคุณภาพองค์กรวิชาชีพ เช่น LAB เภสัชกรรม กายภาพ รังสี ,แพทย์แผนไทย , การประเมินมาตรฐานบริการสาธารณสุข/ (สิ่งแวดล้อม- เครื่องมือแพทย์งานสุขศึกษา) เป็นต้น

iii. กระบวนการ

I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:

(1) ผู้นำชี้นำองค์กร:

- **การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:**

ผู้นำระดับสูงมีการปรับวิสัยทัศน์ เดิม คือ “เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพดีเด่นระดับจังหวัดในปี 2560” โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ ปี 2561 มีการปรับวิสัยทัศน์ใหม่เป็น โรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน ประชาชนสุขภาพดี ชุมชนมีส่วนร่วม ปี 2565 มีการมอบหมายทีมนำ ,ระบบงานสำคัญรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนประเด็นตามนโยบายสำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับลำดับโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ดังนี้

ผู้ป่วยนอกปี 2562 ได้แก่

- Essential (primary) hypertension
- Disorder of lipoprotein metabolism,unspecified Hyperlipidaemia, unspecified
- Non-insulin-depend diabetes mellitus without complication
- Chronic kidney disease, stage 3,4
- Other and unspecified diseases of pulp and periapical tissues

ผู้ป่วยใน2562 ได้แก่

- Senile cataract, unspecified
- Bacterial , Lobar , penumonia , unspeicfied
- Other and unspecified gastroenteritis and colitis of infectious origin
- Urinary tract infection, site not specified
- Non-insulin-depend diabetes mellitus without complication

สาเหตุการเสียชีวิต ได้แก่ 1). Pneumonia 2) CA 3) Stroke 4) UTI 5). COPD

โรงพยาบาลชุมแสงกำหนดเข็มมุ่งดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ Sepsis Stroke STEMI สามารถดูแลและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพที่เร่งด่วน
2. พัฒนาการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรค NCD
3. โรคติดเชื้อได้รับการควบคุมรวดเร็วได้แก่ DHF , Emerging disease

ผู้นำเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลนำความท้าท้าย จุดแข็ง จุดอ่อนสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลและร่วมกันกำหนดแนวทางดำเนินงานให้กับคณะกรรมการทีมคร่อมสายงาน กลุ่มงาน หน่วยงาน และบุคลากรทุกระดับ กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลงสู่การปฏิบัติ

- ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:

- M Mastery : ผู้นำได้ประกาศนโยบายด้านการกำกับการเงินโดยคณะกรรมการ CFOทบทวนรายรับ-รายจ่าย ออกมาตรการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย เช่นเพิ่มรายได้ในทุกช่องทางเข้าเงินให้มีการทบทวน และติดตามรายได้ประจำหน่วยมาตรการ การใช้ทรัพยากรน้ำ /ไฟ เครื่องมือ อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ ส่งผลให้สถานการณ์การเงินระดับ 1

- O Originality : ผู้นำส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพภายในเครือข่ายอำเภอชุมแสง ในวันที่ 24 ก.ค. 2562 และ วันที่ 21 ส.ค. 2562 (Talent for KM)

- P People center approach: จัดโซนบริการเฉพาะทาง ในการรับบริการผู้ป่วยนอกแบบOne stop service งาน สูติกรรม ,NCD, คลินิกตา และจัดพื้นที่ให้บริการ ให้ผู้รับบริการสะดวก อยู่ในอาคารเดียวกัน ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ในตำแหน่งที่เข้าถึงง่ายมีพื้นที่รองรับผู้ป่วย จัดบริการPCU ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ลดแออัด ลดระยะเวลารอคอย

- H : Humility : ผู้นำมีนโยบายให้บุคลากรทุกคนมีพฤติกรรมบริการที่ดี ลดความชัดแย้งและร้องเรียนจากผู้รับบริการ ผู้นำรับฟังข้อมูลสะท้อนจากทุกช่องทางจากภายนอก และสื่อสารกับบุคลากร รพ.ให้มีการจัดปรับปรุง การบริการให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ผลลัพธ์ คะแนนความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้รับบริการ ในชุมชน ระดับความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ปี2560 /2561/2562/2563 ร้อยละ 90.71/92.50/92.67/87.86 ความพึงพอใจผู้ป่วยใน ปี2560 /2561/2562/2563 ร้อยละ 92.67/90.0/95.34/87.37 ความพึงพอใจจากชุมชน ปี2560 /2561/2562/2563 ร้อยละ 76.20/75.40/67.14/82.41

- B Best service **:** มีผลงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค NCD Plus Award ระดับเขต/ระดับประเทศ รางวัลดีเด่นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางปี 2562 คลินิกCKDคุณภาพรางวัลที่1. เขต3 , รับรองคุณภาพบำบัดยาเสพติดจาก สรพปี2562 ,มาตรฐาน LAB , X-ray ,กายภาพ ,มาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับดีมาก GREEN & CLEANระดับดีมาก plus

- K Knowledge center: พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคNCD ได้แก่สมุดคู่คิดพิชิตเบาหวาน , Bento นำร่องกล่องเบาหวาน, ลูกตาล 3 ระดับสกัดเท้าชา (กระตุ้นปลายประสาทงานแผนไทย) , Robot Arm (เพื่อป้องกันรังสี) ,เพิ่มรายได้ด้วยปลายปากกา (ความครบถ้วนการให้รหัสโรคงานเวชระเบียน ,ปฏิทินยา , End of lift ปลอดภัยด้วยModel ,Fix with color (เตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ), กล่องสายใยรัก (งานพัฒนาการเด็ก)

- H Happy workplace : ผลการประเมินระดับดีมาก

(2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:

-เพื่อให้มีส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบปฏิบัติขององค์กรได้สร้างองค์ความรู้จิตสำนัก และความตระหนักต่อการปฏิบัติตาม กฎหมายและจริยธรรมตามพ.ร.บ.พ.ศ2562 ได้กำหนดให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรเมื่อแรกรับเข้างาน , มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน บุคลากรใหม่ ผู้บริหาร โดยกำหนดให้หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้างาน รับนโยบายและแนวทางปฏิบัติกำหนดทิศทาง ในวาระที่ประชุม ประจำเดือน ในวาระการประชุมจะเป็นเวทีการเสนอผลลัพธ์การดำเนินงานของกลุ่มงาน ข้อติดขัดและหามติร่วมแก้ไข ผู้นำทุกระดับสื่อสารต่อให้บุคลากรในวาระประชุมสอดแทรกอัตลักษณ์ ซื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี สู่การปฏิบัติ และประกาศ นโยบายต่อต้านการทุจริต ITA

-เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมผู้นำสูงสุดได้มอบหมายให้บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้องตามระเบียบที่ สำคัญ เช่น ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างงพัสดุ มีการตรวจสอบภายในผลลัพธ์บุคลากรรับทราบกฎหมานระเบียบ และปฏิบัติได้ถูกต้อง ผลลัพธ์ ITAผ่านเกณฑ์ >90 % /

ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมผู้นำสูงสุดได้มอบหมายให้บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้องตามระเบียบที่สำคัญ เช่น ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ ระเบียบการบริหารจัดการทางการเงิน มีการตรวจสอบ ภายใน

ผลลัพธ์ไม่พบข้อร้องเรียนด้านความโปร่งใส

-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิได้ประกาศสิทธิผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ให้ทุกหน่วยงานรับทราบและปฏิบัติ ติดประกาศสื่อสารให้ทราบไว้ที่หน่วยบริการ ทำให้เกิดความเข้าใจแนวทางปฏิบัติผลลัพธ์ ไม่บข้อร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

I-1.1 ข. การสื่อสาร

(1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:

- **กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ):**

- เพื่อสร้างแรงจูงใจโรงพยาบาลชุมแสง มีนโยบายให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมตามภาระงานและสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลจัดหาสวัสดิการบ้านพักให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานรอบเวรบ่ายดึก ,จัดหาครุภัณฑ์เครื่องมือให้เพียงพอ, มีการประเมินงานตามภารกิจ มีการประสานงานภายในหน่วยงาน มีการทบทวนอัตรากำลังอย่างต่อเนื่อง เช่นองค์กรพยาบาลได้การกำหนดการเพิ่มอัตราทดแทนและการประสานงานที่ชัดเจน องค์กรแพทย์มีการจัดตารางการตรวจกำหนดการทดแทน , งานสนับสนุนมีการปรับช่วงเวลาและมีการอนุมัติให้เบิกค่าตอบแทนในภารกิจนอกเวลาเช่น LAB / X-ray /IT โรงพยาบาลมีการประเมิน HPI ปี 2562 ผลลัพธ์ระดับคะแนนสูงสุด1-3 ดังนี้ 1.จิตวิญญาณดี ร้อยละ 72.95 2.) ครอบครัวดี ร้อยละ 71.48 3) น้ำใจดี ร้อยละ 71.31 จากผลลัพธ์ดังกล่าว ได้จัดทำแผนการพัฒนาและดำเนินการแก้ไขพบว่าในปี 2563 ผลลัพธ์ระดับคะแนนสูงสุด 1 – 3 มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นและระดับคะแนนสูงขึ้น ดังนี้ 1. ครอบครัวดี ร้อยละ 90.99 2. น้ำใจดี ร้อยละ 85.86 3. จิตวิญญาณดี ร้อยละ 85.73

- กับผู้รับบริการ: จัดช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ดังนี้
  - จัดช่องทางSocial network Facebook , แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ , สอบถามทางโทรศัพท์ , ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล การร่วมประชุมหัวหน้าส่วนราชการ

I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

(1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กระประสบความสำเร็จ:

- การบรรลุพันธกิจ:

-เพื่อบรรลุพันธกิจด้านการบริการผู้นำสร้างการมีส่วนร่วม โดยกำหนดจุดเน้น และสื่อสารแก่ผู้เกี่ยวข้องทั่วถึง มอบหมายผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดกลางของจังหวัด (Health Data Center (HDC) ของโรงพยาบาล โดยประชุมคณะกรรมการบริหารทุก เดือน ตัวชี้วัดไม่ผ่าน ไม่ผ่านติดปัญหาอะไร หาแนวทาง แก้ไขปัญหา ประเมินผล ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดด้านการบริการตาม Service Plan และ โรคที่เป็นจุดเน้นให้บรรลุเป้าหมาย

- เพื่อบรรลุพันธกิจด้านเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ

1) ผู้นำสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรตามแผน Service Planเขตสุขภาพที่ 3

2) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลภายนอกองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญ

3) การประชุมทบทวนเหตุการณ์สำคัญภายในองค์กร ทำให้ทราบถึงปัญหาโดยใช้ข้อมูล อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน,ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยส่งต่อ อัตราการReadmit อัตราการติดเชื้อ พบว่า ผู้ป่วยนอกรับบริการ1-3ลำดับ คือกลุ่ม NCD ได้แก่ HT DM CKD 3-4 ,ผู้ป่วยใน 3ลำดับคือ Pneumonia, unspecified , Senile cataract, unspecified , Gastroenteritis and colitis of unspecified origin, กลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ 3ลำดับ คือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยนอก 67% , แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 20%,ผู้ป่วยใน 10% และแผนกสูติกรรม 3% , เสียชีวิตของโรงพยาบาล ปี 2562 มีแนวโน้มสูงขึ้น เสียชีวิตที่หอผู้ป่วย 54.59% (Pneumonia, Cancer , Stroke , UTI ,COPD) (1) Pneumonia ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis , Acute respiratory failure ,Aspirate pneumonia ,HAP พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากผู้สูงอายุ หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง (2) ผู้ป่วยมะเร็งที่พบ คือมะเร็งปอดและมะเร็งตับ สาเหตุการเสียชีวิตจาก การลุกลามของโรค ,sepsis จึงมีการพัฒนาการดูแลแบบ Palliative care สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีการจัดตั้งคลินิก และ

การดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง Family medicine (3) Sepsis ส่วนใหญ่ พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ นอนติดเตียง มีความล่าช้าในการประเมิน การวินิจฉัยและการรักษา มีการพัฒนาโดยแพทย์อายุรกรรมทบทวนแนวทางการ work up และ การ management ให้เป็นไปตาม sepsis guideline2017มีการติดตามการปฏิบัติตาม guidelineและปฐมนิเทศแพทย์ใหม่ 4) Stroke ปี 2562 เสียชีวิตจาก Hemorrhage 5 ราย ,Ischemic 5 ราย พัฒนาระบบ Fast track การประเมิน การวินิจฉัย ส่งต่อที่รวดเร็ว มีการทบทวนและจัดทำแนวทาง Early warning sign,(5) UTI ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis และพบในผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง มีการคาสายสวนปัสสาวะ (6) COPD เสียชิวิตจาก Pneumonia , กำหนดให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย , ระบบนิเทศทางการพยาบาล ,ระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม และ Early warning sign

- เพื่อการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาการลาออกของพนักงานลูกจ้างทั่วไป

1) ผู้นำปรับเพิ่มค่าตอบแทนโดยการประเมินผลงานลูกจ้างทุกตำแหน่ง โดย หัวหน้างาน 1 ครั้ง /ปี

2) สร้างความก้าวหน้าในงาน เช่น การปรับลูกจ้างชั่วคราวเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขตามอายุงานที่ สำคัญต่อองค์กร มีการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11ให้บุคลากรทุกระดับตำแหน่งหน้าที่เป็นสร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติหน้าที่ประจำ สนับสนุนเจ้าหน้าที่รับขึ้นเวรที่นอกเหนือจากงานประจำเพื่อเพิ่มรายได้ สวัสดิการนอกเหนือสิทธิที่ควรได้จากต้นสังกัดให้แก่บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลทุกคน เช่น ครอบครัวเจ้าหน้าที่หรือตนเอง เข้านอนพักรักษาในห้องพิเศษได้ ครั้งหนึ่งไม่เกิน 7 วัน หากเกินกว่าที่กำหนดให้รับผิดชอบค่าจ่าย ครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายห้องพิเศษ

ผลลัพธ์ ค่าคะแนน Happinometor ด้านการงานดี 64.79 และสังคมดี ร้อยละ 66.44

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายองค์กรธรรมาภิบาล ผู้นำกระตุ้นส่งเสริม

1) การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่าย การกระจายการมอบหมายงาน รับผิดชอบบริหารจัดการภารกิจที่สำคัญ คนละด้าน เช่น การเงิน พัสดุ การบริการทางคลินิก ด้านการบริการ และด้านการจัดเก็บรายได้ เป็นต้น

2) การดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆเน้นให้มีการบริหาร ในรูปคณะกรรมการ

3) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ตามแนวทางที่กรรมการด้านนโยบายกำหนด

ผลลัพธ์ ทุกกลุ่มงานรับทราบ และมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างเครือข่ายบริการ องค์กรได้ปฏิบัติ ดังนี้

ผู้นำร่วมประชุมกับองค์กรอื่น /ประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ผลลัพธ์ ทำให้การทำงานมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน

- **การเป็นองค์กรที่คล่องตัว** เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในยุค IT ก้าวหน้า

ผู้นำกำหนดเป้าหมาย ให้องค์กรปรับตัวทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดย

1) กำหนดวิสัยทัศน์การเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี ชุมชนมีส่วนร่วม

2) กำหนดการบริหารงานโดยกรอบโครงสร้างภายใน กระจายและมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบร่วม และ ให้อำนาจในการตัดสินใจ

3) ผู้นำถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติโดยสร้างวัฒนธรรมในการทำงาน ที่เป็นตัวอย่าง ร่วมประชุมกับทุกภาคส่วน ให้การประชาสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบ เพื่อสร้างความรู้สึก สร้างเครือข่ายกับชุมชน และองค์กรภายนอก

4) การตัดสินใจบนข้อมูล ที่เป็น Evidence base โดยก่อนการประชุม ผู้นำเสนอต้องหาข้อมูลให้เพียงพอก่อนเข้าที่ประชุม เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่ทำให้ ตัดสินใจรวดเร็ว การตัดสินใจกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน สามารถเข้าถึง หรือ สายตรงถึงผู้บริหารสูงสุด ได้ตลอดเวลา ผลลัพธ์ โรงพยาบาลบริหารงานคล่องตัวมากขึ้น

- **การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย :**
- เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยในองค์กร ผู้นำประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยให้บุคลากร หน่วยงาน

นำไปปฏิบัติได้แก่ ได้แก่ 1) นโยบาย 2P safety 2) นโยบายการรายงานความเสี่ยง
3) นโยบาย รพ. เป็นเขตปลอดบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ 4) นโยบายสวมหมวกกันน็อค /คาดเข็มขัดนิรภัย
5) ดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ดีมาก Plus

- **การเรียนรู้:**

-เพื่อแก้ปัญหาการติดตามกำกับให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยจัดเวทีนำเสนอความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง และลงพื้นที่เยี่ยมหน้างานทุกหน่วยบริการ สอบถามปัญหาหรือข้อติดขัดการทำงานโดยทีมบริหาร

-เพื่อแก้ปัญหาการยอมรับการเปลี่ยนแปลง ต้องมีการใช้ Evidence base อ้างอิง และหาทางเลือกร่วมกัน

-เพื่อปรับปรุงระบบงาน พัฒนาผลการดำเนินงานที่เกิดอุบัติการณ์ ผู้นำได้กำหนดแนวทางให้มีการทบทวน ตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง **ผลลัพธ์** มีการบริหารความเสี่ยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน หลังทบทวนอุบัติการณ์ ทีม PCT และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เรียนรู้ร่วมกัน เช่น การประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษา ตั้งแต่รับเข้าบริการจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน ปัญหาที่เกิดขึ้นติดปัญหาในขั้นตอนใด ทราบปัญหาที่แท้จริงและ ได้รับการแก้ไขห้เป็นแนวทางเดียวกัน

- **การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:**
- เพื่อสร้างการเรียนรู้ และสร้างนวัตกรรมในองค์กรผู้นำได้ดำเนินการ

1) ส่งเสริม สนับสนุนการจัดทำโครงการ การพัฒนาคุณภาพ CQI
2) ประกวดผลงานนวัตกรรม KM ทุกหน่วยบริการภายใน รพ และในเครือข่าย

ผลลัพธ์ ในปี 2562 มีผลงานใน รพ จำนวน 16 เรื่อง และ ผลงาน รพ.สต.จำนวน 5 เรื่อง

- เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลที่ได้มีการจัดการความรู้ ผู้นำสนับสนุน

1) ให้มีการจัดทำ Website รพ. โดยงาน เทคโนโลยีสารสนเทศได้นำเนื้อหาด้านวิชาการ ผลงานการพัฒนาข้อมูล ข่าวสารขึ้น website ไว้สะดวกต่อการเข้าถึง
2) สร้างกลุ่ม Line คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และ Line ประชาสัมพันธ์ เพื่อสื่อสารข้อมูล การเรียนรู้ เรื่องเร่งด่วน จากทีมบริหาร ผลลัพธ์ ทำให้มีการสื่อสารภายในองค์กร อย่างทั่วถึง

- **การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ:**
- เพื่อรับทราบความต้องการของผู้รับบริการโรงพยาบาลมีช่องทางการรับข้อมูลที่หลากหลายได้แก่
- รับฟังจากองค์กรภายนอก
- แบบสอบถามผู้รับบริการในชุมชน , ผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยใน
- มีกล่องรับความคิดเห็นเข้าถึงได้ทุกพื้นที่บริการ
- จากสื่อออนไลน์ต่างๆ website , facebook รวบรวมโดยทีม ทีมรับเรื่องร้องเรียน ของ รพ.

ผลลัพธ์ ทราบความต้องการของผู้รับบริการ ข้อคิดเห็นและตอบสนองได้เหมาะสม กรณีเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง สามารถจัดการได้ทันเวลา

- เพื่อรับทราบความต้องการของผู้รับบริการจากประสบการณ์ตรงที่มารับบริการ โรงพยาบาลจึงได้
- จัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แยกประเด็นความพึงพอใจออกเป็น 2 ด้าน 1. ด้านสถานที่ 2. ด้านการให้บริการ
- นำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนามาเรียงลำดับและแก้ไข

ผลลัพธ์ ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ **ผู้ป่วยนอก** ปี 2563 = 87.86 พอใจในด้านสถานที่สะอาดและรักษาดี แต่ไม่พึงพอใจในการรอคอยการตรวจรักษาเพราะปริมาณผู้รับบริการค่อนข้างมาก จึงได้ปรับให้มีแพทย์ออกตรวจ ผู้ป่วยนอกเวลา 8.30 น. (เดิมแพทย์ทุกท่าน ออกตรวจ หลังตรวจผู้ป่วยใน)

ผู้ป่วยใน ปี 2563 = 87.37 พอใจในด้านสถานที่ ห้องน้ำสะอาด แต่ไม่พึงพอใจในความแออัด จึงได้ปรับเปลี่ยนย้ายเตียงผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาจัดอยู่ในโซนด้านหน้าของหอผู้ป่วยตรงข้าง Nurse station

(2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action): เพื่อบรรลุเป้าหมายจุดเน้นที่กำหนดแต่ละช่วงเวลา ดำเนินการ ปี 2561-2563 ดังนี้

1) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย ผลลัพธ์ มีเกณฑ์ข้อตกลง และแนวทางในการส่งต่อในเครือข่าย

2) พัฒนาการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล ผลลัพธ์ มีระบบควบคุมภายในในการจัดซื้อจัดจ้างที่ชัดเจน

3) การสร้างขวัญและแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีความสุข เช่น การส่งเสริมการคัดเลือกบุคคลดีศรีชุมแสง 3 ด้าน ด้านการบริหาร ด้านการปฏิบัติ และด้านสนับสนุน และบุคลากรข้าราชการดีเด่น

ผลลัพธ์ มีบุคคลดีเด่น บุคลากรที่เป็นคนดีศรีชุมแสง 3 ด้าน

ปี 2561 มีจุดเน้น ดังนี้

เพิ่มศักยภาพระบบบริการการผ่าตัดตาต้อกระจก เพิ่มโดยการปรับระบบนัดหมาย **ผลลัพธ์** ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

ปี 2562 มีจุดเน้น ดังนี้

ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. โดยชุมชนมีส่วนร่วม **ผลลัพธ์** อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ปี 2561 =1.85 ปี 2562 = 1.78 ปี 2563 อยู่ในช่วงดำเนินการ

- เพิ่มศักยภาพบริการ IMC และ Palliative care ในกลุ่มระยะสุดท้าย.**ผลลัพธ์** เปิดให้บริการคลินิกประคับประคอง 1 ตุลาคม 2562 และพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Good death ที่บ้าน 6 ราย

2.ปรับปรุงโครงสร้าง ภูมิทัศน์องค์กร ให้น่าอยู่ น่าทำงาน เหมาะสมกับการบริการและปลอดภัย **ผลลัพธ์** GREEN & CLEAN ผ่านระดับดีมาPlus

I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:

-คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรับนโยบาย กำกับดูแลกิจการจากกระทรวงสาธารณสุขผู้ตรวจราชการเขต3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อเสนอแนะต่างๆคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบทบทวนกระบวนการที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด/เกณฑ์ที่กำหนดแล้วรายงานตามแบบฟอร์มของหน่วยงานรับตรวจผ่านผู้อำนวยการได้แก่รายงานผลการดำเนินงานตามแบบตรวจราชการ/นิเทศงานประจำปีๆละ 2 ครั้งรายงานตามแบบนิเทศงานปีละ2ครั้ง รายงานการตรวจสอบภายในปีละ 1 ครั้งจากการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด **ผลลัพธ์** ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงรายงานโปรแกรมอิเล็กทรอนิคส์ของโรงพยาบาลวิเคราะห์สถานการณ์ประจำเดือนเกิดประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรการตรวจสอบงานการเงินทำให้เกิดการเฝ้าระวังและปรับปรุงระบบบัญชีให้อยู่ไม่ต่ำกว่าระดับ3 ทำให้มีโอกาสพัฒนาเรื่องการจัดทำแผนพัฒนาและหลักสูตรการTraining บุคลากรให้มีสมรรถนะเฉพาะเหมาะสมในการให้บริการ

- **การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:**

- เพื่อปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะระบบการตรวจราชการ ติดตามและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ด้านการจัดการการเงิน การบัญชี ได้ปรับปรุงกระบวนการติดตามลูกหนี้ และการเรียกเก็บรายได้ มีระบบการติดตามการจัดการคลังและพัสดุ ได้จัดทำโปรแกรม Express เพื่อควบคุมการเบิกจ่ายพัสดุให้ถูกต้อง

- การบริหารข้อมูลด้านบุคลากรให้เชื่อมโยงกับ การเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ถูกต้อง ข้อมูลการลา การพัฒนา บุคลากร ได้จัดทำโปรแกรมการบันทึก ให้บุคลากรตรวจสอบประวัติบันทึกประวัติด้วยตนเอง เป็นข้อมูลนำเข้าให้ลูกต้อง

- เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยตามการประเมิน GREEN & CLEAN ของผู้ประเมินระดับจังหวัด ได้ปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมสำหรับผู้ป่วยจากชนิดนั่งยองเป็นชักโครกทั้งหมด เปลี่ยนลูกบิดล็อคประตูเป็นชนิดเปิดได้จากภายนอก เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในห้องน้ำ

(2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:

- การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

-จากการทบทวนเรื่องแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลและทบทวนเรื่องตัวชี้วัดของโรงพยาบาลทำให้มีการบริหารข้อมูลโดยให้ใช้เป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันผลจากทบทวนแผนเงินบำรุงทั้งรายเดือนและรายไตรมาสพบว่ารายรับน้อยกว่ารายจ่ายผู้นำได้กำหนดเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาลเรื่องเพิ่มรายรับควบคุมค่าใช้จ่ายทุกหน่วยงานตอบสนองนโยบายทบทวนการเบิกเงินสปสช.และการบันทึกเวชระเบียนพบว่ารายรับไม่ได้ตามเกณฑ์ได้วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยทีม Audit เวชระเบียนเพื่อให้สามารถส่งข้อมูลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนและทันเวลา

(3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:

-จากการทบทวนเรื่องแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลและทบทวนเรื่องตัวชี้วัดของโรงพยาบาลทำให้มีการบริหารข้อมูลโดยให้ใช้เป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันผลจากทบทวนแผนเงินบำรุงทั้งรายเดือนและรายไตรมาสพบว่ารายรับน้อยกว่ารายจ่ายผู้นำได้กำหนดเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาลเรื่องเพิ่มรายรับควบคุมค่าใช้จ่ายทุกหน่วยงานตอบสนองนโยบายทบทวนการเบิกเงินสปสช.และการบันทึกเวชระเบียนพบว่ารายรับไม่ได้ตามเกณฑ์ได้วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยทีม Audit เวชระเบียนเพื่อให้สามารถส่งข้อมูลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนและทันเวลาในการกำกับวิชาชีพองค์กรแพทย์มีแนวทางกำกับด้านคลินิก มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับแพทย์ที่จบใหม่ หรือย้ายมาใหม่มีระบบปฐมนิเทศ ,ช่องทางปรึกษาภายในองค์แพทย์ มีการประชุมหารือทบทวนผู้ป่วยร่วมกัน ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลที่เกี่ยวกับจริยธรรมได้แก่กลุ่มระยะสุดท้าย ,ผู้ป่วยจิตเวช

-เพื่อให้การดูแลด้านการพยาบาลมีประสิทธิภาพมีการนำข้อมูลการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงด้านคลินิก การติดเชื้อมาวางแผนปรับปรุงการนิเทศการพยาบาลเชิงคลินิก **ได้แก่** STEMI, Stroke, Pneumonia, , Sepsis, ESRD, PPH, PIH, Asthma, COPD UGIH, Bed Sore, ได้รับเลือด, ตกเตียง,Cataract, Birth Asphyxia ,CHF ,DM, HT, CA End Stage ,GDM

I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

(1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ:

- เพื่อสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามระเบียบที่เกี่ยวข้องระดับบุคคล รพ.ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) สื่อสาร กฎระเบียบของพรบ.อาชีวอนามัยสำหรับบุคลากร และพรบ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พรบ ขยะติดเชื้อในสถานบริการ 2545 ติดตามอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบที่มีผลต่อสาธารณะ ผลลัพธ์ ไม่พบข้อร้องเรียนด้านการจัดการขยะ และของเสียจาก รพ

- มาตรฐานบริการสาธารณสุข, พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค,พรบ.ฟื้นฟูผู้พิการ,พรบ.ผู้สูงอายุ มาตรฐาน อย.,มาตรฐาน GMP
- ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ มาตรฐาน CFGT (Clean Food Good Taste)

- การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- ความเสี่ยง/ ผลกระทบเชิงลบ/ ความห่วงกังวลต่อสาธารณะ ของโรงพยาบาล ได้แก่ ความปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเป็นธรรมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การจัดการขยะติดเชื้อ การบำบัดน้ำเสียได้ดำเนินการเชิงป้องกันโดย 1)จัดระบบรปภ.ที่ครอบคลุมพื้นที่ของ รพ. 2) ติดกล้องวงจรปิดในพื้นที่เสี่ยง 3) จัดการระบบจำกัดขยะที่ถูก ต้องตามหลัก IC 4) ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐานตรวจน้ำประจำวัน 3 พารามิเตอร์ตรวจทุกไตรมาส 11 พารามิเตอร์และส่งตรวจ 3ครั้งต่อปี **ผลลัพธ์** ผลการตรวจน้ำ (2562 ผ่านตามเกณฑ์) ปี 2563 ผ่านตามเกณฑ์

- การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และรักษาสิ่งแวดล้อม:

- เพื่อให้เป็นองค์กรที่มีส่วนร่วมในการการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม รพ.ได้ดำเนินการ 1) ขยะทั่วไปส่งกับกับเทศบาลฝังกลบ 2) เพิ่มพื้นที่สีเขียวใน รพ. ได้แก่ สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ปลูกผักสวนครัวบ้านพัก,ปลูกผักสวนครัวปลอดสารใช้ในโรงพยาบาล, การปลูกต้นไม้ให้ร่มรื่น 3) เข้าร่วมโครงการอนุรักษ์พลังงาน โดยเปลี่ยนหลอดไฟเป็นแบบประหยัดและ

ไฟระบบแผงโซล่าเซลล์ 4) งดใช้กล่องโฟม 5)โครงการแยกขยะและจำหน่ายขยะรีไซเคิล

6) การใช้กระดาษหารสอง การใช้เครื่อง X-ray ระบบ PACS Digital เคลื่อนที่ เมื่อมีความจำเป็นที่สุด ผลลัพธ์ สามารถลดการใช้ ฟิล์มและซองฟิล์มและน้ำยาล้างฟิล์ม

(2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

- รพ.ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามจริยธรรมเกี่ยวกับ การปฏิบัติทางคลินิก การพยาบาล การให้ข้อมูล ต่อผู้ป่วย

- เพื่อกำกับการปฏิบัติการทางคลินิกอย่างมีจริยธรรม มีการดำเนินการ ดังนี้ 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการองค์กรแพทย์ โดยมีอายุรแพทย์ทำหน้าที่ประธาน 2) มีแผนการประชุมทุกเดือน โดยมีผู้อำนวยการเป็นประธานการประชุมทุกครั้ง 3) เลขาจัดทำวาระการประชุม ที่ชัดเจน 4) มีไลน์กลุ่มองค์กรแพทย์เพื่อปรึกษาหารือกรณีเร่งด่วน 5) มีการรายงานอุบัติการณ์ระดับ G-H-I ต่อผู้อำนวยการ และแพทย์นำประชุมทบทวนทางคลินิกทุกครั้ง

ผลลัพธ์ ทำให้มีบรรยากาศการทำงานดี มีการทำงานเป็นทีม ไม่มีข้อร้องเรียนด้านจริยธรรม

- เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมเหมาะสม รพ.ได้ดำเนินการ 1) กระตุ้น ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมบริการที่ดีให้ดี ให้ปฏิบัติตามเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ประชานสุขภาพดี ชุมชนมีส่วนร่วมปี 2565 2) มอบหมายหัวหน้างาน ควบคุม กำกับ 3) การทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิก 4) ชื่นชมคนดีเป็นแบบอย่างในที่ประชุมของ รพ. เช่น บุคล /หน่วยงานที่มีผลงาน บุคคลที่ได้รับคำชื่นชมจากกล่องรับความคิดเห็น เป็นต้น

ผลลัพธ์ไม่มีข้อร้องเรียนบุคลากรด้านจริยธรรม

- การให้คำยินยอมรับการรักษา รพ.มีระบบการให้ข้อมูล และลงนามยินยอมเข้านอนพักรักษา ตั้งแต่จุดสั่งการรักษา และต้องลงนามยินยอมในการรักษาด้วยการผ่าตัด หัตถการ การตรวจที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ ผลลัพธ์ไม่พบข้อร้องเรียน

- เพื่อบรรลุเป้าหมายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รพ.ได้ประกาศสิทธิผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยไว้ทุกอาคารบริการ และกำหนดการเข้าถึงประวัติในเวชระเบียน ผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ป่วยคดีร้ายแรง การขอสำเนาประวัติผู้ป่วย ผลลัพธ์ไม่พบข้อร้องเรียนด้านการละเมิดสิทธิ

(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:

- ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจของ รพ. ได้แก่ 1) การแจ้งผลการตรวจ HIV คำเนินการโดย วางระบบงานให้คำปรึกษาเข้ากระบวนการตามขั้นตอน ใช้ผู้ให้คำปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยความลับผู้ป่วย 2) การดำเนินการเกี่ยวกับกรณี OSCC มีการดำเนินการ โดยกำหนดจุดบริการให้เบ็ดเสร็จโดยมีผู้รับทราบข้อมูลน้อยที่สุด เน้นมาตรการรักษาความลับผู้ป่วย จัดพื้นที่ให้ผ่อนคลาย และพักรักษาเป็นพื้นที่เฉพาะ บุคลากรงดให้ข้อมูลต่อสื่อ และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อให้เร็วที่สุด 3) กรณีถอดอุปกรณ์ช่วยชีวิต ยุติการรักษาการรับผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อดูแลระยะสุดท้าย แพทย์ต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเข้าใจและลงนามรับทราบ และยอมรับ แผนการรักษา จึงคำเนินการต่อตามขั้นตอน

ผลลัพธ์ ครอบครัวและญาติพึงพอใจในการจัดบริการ ไม่มีข้อร้องเรียน

I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):

ด้านสิ่งแวดล้อม

- เพื่อการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความผาสุขของสังคม รพ.ได้ดำเนินการ 1) การประชาสัมพันธ์ถึงศักยภาพของ รพ. ทางป้ายปชส. และสื่อออนไลน์ Website รพ. ให้ประชาชนมั่นใจว่าสามารถเป็นที่พึ่งของประชาชนได้เมื่อเจ็บป่วย เช่น ระบบ 1669 ระบบเส้นทางด่วนฉุกเฉิน 2) จัดระบบจราจรส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใน รพ. จัดสถานที่จอดรถ การจราจรเป็นระบบโอกาสพัฒนา คือ สถานที่จอดรถไม่สามารถรองรับผู้รับบริการได้ทั้งหมด ได้มีการปรับบริเวณด้านหน้าโรงพยาบาล และภายในมีการจัดการระบบการจอดรถป้ายสัญจร การจัดการขยะ ขยะติดเชื้อ โดยไม่ส่งออกชุมชน จัดการโดยส่งกำจัดกับบริษัทเอกชนขยะติดเชื้อในชุมชน ผลลัพธ์ระบบการจัดการขยะปฏิบัติตามมาตรฐาน

สังคม

- เพื่อการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความผาสุกทางสังคม รพ. ได้ดำเนินการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านวิชาการ เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ยาเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ในโรงเรียน และองค์กรท้องถิ่น 2) ส่งเสริม ให้บุคลากรมีส่วนร่วมกับกลุ่มจิตอาสา เช่นชมรมสุขภาพดี ออกกำลังกายแอโรบิค รำวงสุขภาพ 3) กิจกรรมคารวะ มุทิตาจิต ผู้อาวุโสผู้มีอุปการะคุณ รดน้ำดำหัววันสงกรานต์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญของชุมชน เช่น งานเจ้าพ่อเจ้าแม่ชุมแสง และวันสำคัญทางศาสนาต่างๆ ผลลัพธ์รพ.มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ได้รับเงินบริจาคมากขึ้นไม่มีข้อร้องเรียน จากชุมชน ใน 3 ปี ที่ผ่านมา

เศรษฐกิจ

- เพื่อการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจเพื่อให้เกิดความผาสุกทางสังคม รพ. ได้ดำเนินการ

1) สนับสนุนกลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษให้นำผลิตผลการเกษตรมาจำหน่ายเพื่อประกอบอาหารใน รพ. และวาง จำหน่าย ใน รพ.ทุกวันพฤหัสบดี ทำให้สร้างรายได้แก่ประชาชน 2) ให้ประชาชนสมัครเข้าระบบเปิดร้านจำหน่ายอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ใน รพ.แก่ผู้รับบริการ **ผลสัพธ์** ไม่พบข้อร้องเรียนด้านความไม่สะดวกเรื่องอาหาร

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- กำหนดทิศทางองค์กรที่ชัดเจน มีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรม
- การสื่อสารในองค์กร และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา
- การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	3.5	L	สร้างพันธกิจและวิสัยทัศน์จากการมีส่วนร่วมขององค์กรอย่างแท้จริงปลูกฝังค่านิยมที่ดีของการทางานในองค์กร
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ	3.5	L	สร้างบรรยากาศส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา	3.5	L	สร้างบรรยากาศส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	3.5	L	-การประเมินผู้นำ /การนำที่เป็นรูปธรรม หัวหน้าพาทำ -การกำกับดูแลกิจการ การบริหารการเงินให้มีประสิทธิภาพ
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก	3.5	L	-การนำมาตรการ Paatient Safety goal , 2P safety มาปฏิบัติให้ครอบคลุมและติดตามตัวชี้วัดให้ครอบคลุม -การประเมินจากคุณภาพจากองค์กรภายนอก สหสาขาวิชาชีพต่างๆ
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	3.5	L	กำหนดแนวทางปฏิบัติตามจริยธรรมให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามบริบทขององค์กร

I-2 กลยุทธ์

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค62-มี.ค.63
ร้อยละของตัวชี้วัดที่สำเร็จตามกลยุทธ์	60%	61.11	72.22	90.32	96.49	กำลังดำเนินการ

ii. บริบท

ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ:

- ลักษณะโดยรวมของพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่การทำการเกษตร ปลูกข้าว ตำบลเกยไชยปลูกตาลและจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากตาล การคมนาคมถนนสายหลัก เส้นทาง 225 สะดวก เชื่อมกับ จ.นครสวรรค์ เป็นทางลักษณะทางโค้ง ทำให้มีอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้น มีโรงงานประเภทผลิตน้ำดื่ม น้ำแข็ง มีอุบัติเหตุจากการทำงานเช่น การตกต้นตาล ก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล โรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โรคแทรกซ้อนจาก NCD ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีผู้สูงอายุมากขึ้น มีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรควรเพิ่มขึ้น สภาพทางภูมิศาสตร์มีแม่น้ำน่าน และแม่น้ำยมไหลผ่านและเป็นทำเลที่เกิดอุทกภัย ดังนั้น เพื่อให้การจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ รพ.ได้จำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น ปัญหาทางสุขภาพ ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ Stroke ,STEMI ,Sepsis ,Trauma ,HI, severe PIH ,Ectopic shock, PPH ,UGIB ,BA
2. กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM, HT, CKD , COPD

- โรคติดเชื้อ ได้แก่ TB, DHF, HIV
- ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย สารไอโอดีนในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด
- ปัญหาอื่นที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ ยาเสพติด สุขภาพจิต อุบัติเหตุจราจร
- โรคจากการทำงาน / ประกอบอาชีพ ได้แก่ อุบัติเหตุท้องถนนจากสภาพคดโค้งของถนนอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่นการตกต้นตาล จากปัญหาสุขภาพดังกล่าว โรงพยาบาลได้จำแนกประเภทผู้ป่วย และความต้องการบริการ ดังนี้
- กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และอยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงสูง ต้องการการดูแลที่รวดเร็ว ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ การบริการที่ดี พูดจาไพเราะ
- กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป ต้องการได้รับบริการที่ดี รอไม่นาน ระบบคิวชัดเจน
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการตรวจตามคิวและการลัดลำดับเหมาะสม ระยะรอคอยไม่นาน มีที่นั่งรอ ตรวจเพียงไม่แอลัดให้ข้อมูลชัดเจน
- กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อ (วัณโรค ติดเชื้อ HIV) ต้องการให้เก็บรักษาความลับ การรักษาต่อเนื่อง/โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อร้ายแรงได้แก่ COVID-19 ได้รับการเข้าถึงและดูแลเพื่อไม่ให้เกิดระบาด
- กลุ่มผู้ป่วยใน ต้องการสถานที่สะอาด บริการที่ดี พูดจาไพเราะ ให้ข้อมูลครบถ้วนชัดเจน การรักษาถูกต้อง และทุเลา/หาย
- กลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต้องการการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การประสานงานกับทีมสถานบริการ ใกล้บ้าน เตรียมยาและเวชภัณฑ์เพื่อส่งต่อให้ครบถ้วน ลดการประสานงานที่ซ้ำซ้อน (เช่น การมาติดต่อรับยา เวชภัณฑ์อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง)
- กลุ่มประชาชนทั่วไป ตามกลุ่ม/วัย ต้องการการดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดโรค ได้รับการตรวจสุขภาพ

และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ ต้องการการควบคุมโรครวดเร็วเมื่อเกิดโรคระบาด

- กลุ่มผู้ที่ด้อยโอกาสได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้พิการ(ต้องการบริการที่สะดวก บริการเสร็จ ณ จุดเดียวขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน) การตอบสนองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้จัดบริการอำนวยความสะดวกในการรับบริการ เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ที่นั่งรอตรวจ คิวบริการทางด่วน เป็นต้น

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

1. ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากชุมชน
2. ได้รับอาคารใหม่ 3 ชั้น (รองรับผู้ป่วยในและห้องพิเศษ)
3. มีแผนการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง มี resorce sharing ด้านบุคคลากรในเครือข่ายสุขภาพ

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:

1. ความปลอดภัยโรงพยาบาล 2P Safety (Patient & Personnel Safety)
2 การเข้าถึงการดูแล ผู้ป่วยSepsis Sroke STEMI Pneumonia NCD
3 . การดูแลกลุ่มผู้ป่วย Palliative Care (End of life)
4. พัฒนาการดูแลลุ่มผู้ป่วยที่ Re-admit ได้แก่ CHF , ESRD , COPD / กลุ่มผู้ป่วย Unplan dead
5 .พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา
6. ระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ไม่ติดวิกฤติทางการเงิน

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:

1. ผู้นำมุ่งมั่นมีการถ่ายทอดนโยบายชัดเจน มีการกำกับ ติดตามด้านความปลอดภัย ต่อเนื่อง
2. มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม และแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน(สุขภาพจิตชุมชน),แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว,จักษุแพทย์ (Part Time) แพทย์ short course fammed 4 คน
3. บุคลากรได้รับการส่งเสริมด้านสมรรถนะการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสำคัญได้แก่ ด้านจักษุ, CM NCD, จิตเวช ,มะเร็ง, IC , เวชปฏิบัติ ,Case Managerของ long term Care.การพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิดและเด็กวิกฤติ
4. ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยี/เครื่องมืออุปกรณ์ ที่ทันสมัยได้แก่ Echo Ultrasound และชุดเครื่องมือด้านจักษุที่พอเพียง
5. มีการจัดระบบบริการแบบOne Stop Service กลุ่มโรค ตา , NCD, ARV, MCH ,TB ,จิตเวช
6. ระบบการบริหารที่มีส่วนร่วมโดยมอบหมายงานชัดเจน ทำงานป็นทีม
7. การบริหารงานด้านการเงินอยู่ในระดับวิกฤติระดับ 1
8.ระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อระบบงานสนับสนุนเรื่องการบริหารเวชภัณฑ์และการจัดการทางการเงิน โปรแกรม

สมรรถนะหลักขององค์กร:

1. การผ่าตัดตาต้อกระจก
2. การดูแลผู้ป่วย NCD
3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ชุมชน
4. การดูแล Palliative Care

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

- ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ และมีการนำองค์กรชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพ ผู้นำใช้วิสัยทัศน์เป็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการ และพัฒนาองค์กร
- บุคลากรทุกระดับ มีส่วนร่วม มีการทำงานเป็นทีม
- มีวัฒนธรรมองค์กรที่ยืดหยุ่น ปรับตัวง่าย
- ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และชุมชน

- องค์กรและชุมชน เป็นเมืองพุทธศาสนา ใช้ความศรัทธาในการหลอมรวมจิตใจ มุ่งมั่นต่อการกระทำการใดๆ ให้สำเร็จ บรรลุเป้าหมาย

iii. กระบวนการ

I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

- เพื่อให้องค์กรมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระดับกระทรวง และดำเนินการทันเวลาการจัดทำกลยุทธ์ ดำเนินการ ดังนี้ 1) ประเมินผลตามแผนที่ผ่านมาเมื่อครบ 10 เดือน 2) ผู้นำทุกระดับมีส่วนร่วมในการประชุมทำแผน 3) วิเคราะห์พันธกิจองค์กร 4) ใช้ข้อมูลนำเข้าที่เป็นนโยบายของเขตสุขภาพที่ 3และจากการ SWOT analysis ข้อมูลรพ. 5) ทบทวนและกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยม 6) กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ 7) แบ่งกลุ่มผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นยุทธศาสตร์ไป จัดทำกลยุทธ์ ฉบับร่าง 8) นำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนและเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ 9) รวบรวมยุทธศาสตร์ฉบับร่าง เข้าสู่การรับรอง และประกาศใช้แผน 10) จัดทำแผนให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 25 กันยายนของทุกปี ผลลัพธ์ รพ.มีกลยุทธ์ระยะยาว 5 ปี ปี 2561-2565 แต่การปรับใช้มีการทบทวนตามทิศทางของผู้บริหารสูงสุด

(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:

- เพื่อให้การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวตกรรม ครอบคลุมและหมาะสม ได้ใช้กระบวนการกลุ่มของผู้บริหารทุกระดับ และผู้แทนระดับปฏิบัติการ โดย คำนึงถึงโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย ตามจุดแข็งทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น ขยายบริการให้มีสามารถรองรับผู้ป่วยที่ได้มากขึ้น เนื่องจากมีการจัดส่งเรียนแพทย์เฉพาะทาง และมีอาคารที่เพิ่มขึ้น

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

คณะกรรมการใช้กรอบแนวคิด 6 Building block ตามเขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้ข้อมูลนำเข้าจาก 1) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี 2) นโยบายเขตสุขภาพที่ 3 3) บริบทของ รพ.ชุมแสงข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง 4) ทิศทางของ ผลลัพธ์ รพ.ได้ทบทวน และวิเคราะห์ข้อมูล และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์

(4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:

- เพื่อการกำหนดสมรรถนะหลักได้สอดคล้องบริบท ได้พิจารณาจาก พันธกิจองค์กร จุดแข็งขององค์กร

(5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ทำเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:

- เพื่อให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเอง หรือจ้างเหมาองค์กรภายนอก คณะกรรมการใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ 1) บุคลากรขององค์กรที่จะดำเนินการมีเพียงพอทั้งด้านปริมาณและสมรรถนะหรือไม่ 2)ระยะเวลาของการสรรหาบุคลากร การ Training การพัฒนา และการธำรงรักษาให้คงอยู่ (ปัจจุบันบุคลากรที่ผ่านงานมีการลาออกอย่างต่อเนื่อง3) งบประมาณที่ใช้ในการลงทุนสูง (งบประมาณมีจำกัด)

I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

(1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	**เป้าหมาย/กรอบระยะเวลา บรรลุ5 ปี**
ด้านคุณภาพ			
1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร ให้สอดคล้องในการปฏิบัติภารกิจ และสามารถรองรับต่อทิศทางการเปลี่ยนแปลง ของระบบสุขภาพ	เพื่อให้บุคลากรมีความสุข และผูกพันต่อองค์กร	1.ร้อยละความสุขของบุคลกร (ภาพรวม) 2.ร้อยละความผูกพันของบุคลากร 3.อัตราการลาออก ของบุคลากร (ภาพรวม)	63.47 % 61.71 % <5
2.พัฒนาการบริหารการเงิน การคลังให้มีประสิทธิภาพ	เพื่อให้เกิดสภาพคล่อง ทางการเงิน ทำให้การพยากรณ์และวางแผนการลงทุนการจัดบริการได้	1.ระดับวิกฤติทางการเงิน 2.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้า	ระดับ 1 60 วัน
ความปลอดภัย			
4.พัฒนาศักยภาพระบบบริการ การรับ-ส่งต่อ การเข้าถึงบริการ และการให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน	เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ และใกล้เคียงได้รับบริการ การแพทย์ที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน	1.ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มาด้วยบริการ 1669 2.อัตราการ Refer out 3.อัตราการ Refer In 4.ผลการประเมิน 2018 ผ่านมาตรฐาน	เพิ่มขึ้น ลดลง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 70
5. ปรับปรุงและขยายโครงสร้าง พื้นฐานทางกายภาพ และ สิ่งแวดล้อมให้สอดคล้อง และ เหมาะสมกับบริบท	เพื่อให้ รพ.สามารถ รองรับ การขยายบริการ และมี สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย น่าอยู่ น่าทำงาน	1.ผลการประเมิน GREEN&CLEAN 2.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านสิ่งแวดล้อม 3.ร้อยละรายการประเมินโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 4.ร้อยละความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยได้รับการแก้ไข	ระดับดีมาก Plus 85 % 85 % 100 %

ในปี 2561-2565 มีแผนกลยุทธ์ ดังนี้

- พัฒนาคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
- ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

- พัฒนาศักยภาพระบบการรับ-ส่งต่อ การเข้าถึง การให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนด้วยความหลากหลาย โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ด้วยคุณภาพและมาตรฐาน
- พัฒนาการให้บริการสุขภาพเชิงรุก และสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อความเชื่อมั่นต่อองค์กร
- พัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้สอดคล้องในการปฏิบัติภารกิจ และสามารถรองรับต่อทิศทางการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ
- สร้างความศรัทธาต่อระบบบริการด้วยพฤติกรรมบริการสู่โรงพยาบาลคุณธรรม
- พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพเพื่อการตัดสินใจ ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลทางการบริหาร บริการและวิชาการ
- พัฒนาการบริหารทางการเงิน การคลังให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันขององค์กร
- สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย

I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:

- เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาเรื่องการนำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติลูกต้อง ทันเวลาตามที่กำหนดไว้ในแผน รพ.ได้ดำเนินการ 1) นำกลยุทธ์จากแผน 5 ปี มากำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จรายปี 2) นำเป้าหมายรายปีมาทำ Action Plan เป็นแผนระยะสั้น 1 ปี 3) มอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการ ผู้ควบคุมกำกับ 4) มีการติดตามประเมินผล ส่วนแผนระยะยาว นำตัวชี้วัดเมื่อสิ้นสุดแผนเทียบกับความสำเร็จของแผนระยะสั้น ปีถัดไปปรับแผน Action Plan **ผลลัพธ์** ในแผนระยะยาว ฉบับที่ผ่านมา 2558-2562 มีตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 85.29 ประเมินผลการบรรลุตามวิสัยทัศน์ พบว่าประสบผลสำเร็จ ด้านนการจัดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีโอกาส พัฒนาที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง คือ การสร้างภาคีเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี

โอกาสพัฒนาของการจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลได้แก่ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยน ผู้นำสูงสุด 1 ครั้ง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความเหมาะสม

(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:

- ประเด็นท้าทาย และยากในการปฏิบัติในองค์กร ได้แก่ การเชื่อมโยงการปฏิบัติใน รพ.กับในชุมชน ได้ปรับปรุง 1) ให้มีผู้รับผิดชอบงานทั้งสองส่วนร่วมกัน 2) ติดตามความก้าวหน้าในที่ประชุม เครือข่าย 3) นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน โดยทีมนิเทศของเครือข่าย ผลลัพธ์ ทำให้การดำเนินงานเชื่อมโยงกัน ระบบงานที่สำคัญ ได้แก่ งาน NCD งานอนามัยแม่และเด็ก การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรเหมาะสม และเอื้อต่อการนำกลยุทธ์ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างผลงานให้องค์กรในภาพรวม จึงได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) การจัดสรรงบประมาณของ CUP ตามระเบียบ และยืดหยุ่นตามบริบท เช่น การสนับสนุนการจ้างลูกจ้างชั่วคราวใน รพ.สต. รพ.รับผิดชอบ ทำให้การดำเนินงานมีความคล่องตัว ราบรื่น

(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- โดยเรียงลำดับความสำคัญ โดยคณะกรรมการและอ้างอิง Evidence base และผลการกำกับ CFO แผนงานโครงการตอบสนองจุดเน้น ตาม ยุทธศาสตร์ หรือแก้ปัญหางานประจำและปัญหาในพื้นที่ที่มีผลกระทบ ตอบสนองความต้องการ ต่อผู้รับบริการ ผลลัพธ์ในรอบปีที่ผ่านมามีการจัดทำแผนงบประมาณและมีการสรุปความสำเร็จของโครงการ

(4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ในการตัดทำแผนกำลังคน ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) พิจารณาวิชาชีพขาดแคลน

2) ตามการเพิ่มศักยภาพและขยายงาน 3) เทียบตามกรอบภาระงาน โดยใช้ FTE 4) พิจารณาสรรหาให้เหมาะสม เช่น รับย้าย ให้ทุน รับสมัครใหม่ พัฒนาสมรรถนะจากบุคลากรเดิม โดยคำนึงถึงความคุ้มทุน และความทันเวลา ในการจัดบริการ **ผลลัพธ์** มีแผนกำลังคน มีการปฏิบัติตามแผน ประเมินผลการจัดการด้านกำลังคน มีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ คือ ร้อยละ 70 ขึ้นไป เมื่อจำแนกรายวิชาชีพ พบว่าวิชาชีพแพทย์ยังขาดแคลนสูง

(5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:

- เพื่อปรับปรุงการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายให้ทันเวลา ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายและ ยากต่อการปฏิบัติ ได้ปรับปรุง 1) การมอบหมายงานผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งผู้ปฏิบัติ และผู้ควบคุมกำกับนิเทศ ติดตามเป็นรายเดือน/รายไตรมาส 2) มีกิจกรรมเสริมพลังทางบวก เช่น มอบเกียรติบัตร เชิดชูเกียรติ ประกาศ ในที่ประชุม 3) การติดตามในระดับสูง มีการประเมินผลโดย สสจ.นครสวรรค์ ระดับเขต

ผลลัพธ์ มีการดำเนินการตามเป้าหมาย ระดับเขตผลลัพธ์ดำเนินงาน NCD เป็นที่หนึ่งระดับเขตใน ปี2562

I-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด เมื่อมีผลการดำเนินงานไม่ได้ตามเป้าหมาย รพ.ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนเหตุการณ์ 2) กำหนดทางเลือกใหม่ในการดำเนินการ เช่น การใช้ ITนวัตกรรมต่างๆ 3) สนับสนุน ทรัพยากร 4) ขอความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น การรณรงค์ ผลลัพธ์ การดำเนินงานผ่านมา การจัดหารายได้ไม่ได้ตามเป้าหมวดค่ารักษาผู้มีสิทธ์เบิกได้ พบมีผู้ป่วยเบิกได้ส่วนหนึ่งรอเข้าห้องพิเศษ แต่ห้องไม่เพียงพอ รพ. ได้พัฒนาปรับปรุงห้องพิเศษให้เพียงพอ ทำให้มีรายได้สูงขึ้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การจัดหางบประมาณจากการรับบริจาค จัดซื้อเครื่องมือแพทย์โดยไม่ใช้เงินบำรุง
- การจัดทำแผนปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ของโรงพยาบาล
- การจัดทำแผน Action plan โดยการมีส่วนร่วมทุกระดับ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	3.5	L	วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานนำมาวางแผนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเกิดการเปลี่ยนแปลงการและทำแผนให้ครอบคลุม 1-5 ปี
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ	3.5	L	กำหนดวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องบริบท
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร	3.5	L	กำหนดบทบาทหน้าที่ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนให้ครอบคลุม
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า	3.5	L	กำหนดให้งานสารสนเทศติดตามข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานและความก้าวหน้า

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค62-มี.ค.63
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥80%	90	90.71	92.5	92.67	87.86
ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	≥80%	90	92.67	90	95.34	87.37
ข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100%	100	100	100	100	100
จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	≤10 ครั้ง	6	0	0	0	0

ii. บริบท

ส่วนการตลาดที่สำคัญ:

- ในพื้นที่ที่ตั้งโรงพยาบาล มีความพร้อมสำหรับการให้บริการในพื้นที่ อาคารติดถนน ในด้านการรักษาในระดับทุติยภูมิ สามารถให้การรักษาผู้ป่วย มีแพทย์อายุรกรรม 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 7 คน และเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวที่เปิดบริการผ่าตัดตาต้อกระจก และต้อเนื้อ โดยมีบุคลากรพยาบาลที่ได้รับการอบรมตามสมรรถนะ ได้แก่ เวชปฏิบัติตา พยาบาล CM NCD 2คน วิกฤตทารก 1 คน สาขามะเร็ง 1 คนเวชปฏิบัติชุมชน 12 คน ผู้ป่วยในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการดูแล ส่งต่อในรายเกินศักยภาพ มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบลชุมแสงพยายามเพิ่มศักยภาพมาอย่างต่อเนื่อง เพิ่มศักยภาพ และขยายบริการ เช่น สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่รุนแรง และดูแลผู้ป่วย Fast track การเตรียมการรองรับผู้รับบริการที่จะเข้าถึงบริการมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยเพิ่มขึ้น คาดว่าส่วนการตลาด น่าจะเพิ่มขึ้น

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):

เพื่อให้การจัดบริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และอยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงสูง ต้องการการดูแลที่รวดเร็ว ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ การบริการที่ดี พูดจาไพเราะ
2. ผู้ป่วยนอกทั่วไปให้บริการที่ดีมีแนวทางการดูแลชัดเจน รอไม่นานระบบมีคิวชัดเจนและได้นำ ระบบNeo–Q มาใช้
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการตรวจที่เหมาะสม มีแผนการรักษา มีการบริการตามคิวและการจัดลำดับเหมาะสม มีที่นั่งรอตรวจเพียงพอไม่แออัด ให้ข้อมูลชัดเจน
4. ผู้ป่วยโรคติดต่อ (วัณโรค ติดเชื้อ HIV) ต้องการให้เก็บรักษาความลับ การรักษาต่อเนื่อง มีสถานที่บริการเหมาะสม
5. ผู้ป่วยในสถานที่ห้องพักสะอาด ให้ข้อมูลครบถ้วนชัดเจน บริการที่ดี พูดจาไพเราะ การรักษาถูกต้อง ทุเลา/หาย
6. ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต้องการการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การประสานงานกับทีมสถานบริการใกล้บ้าน เตรียมยาและเวชภัณฑ์เพื่อส่งต่อให้ครบถ้วน ลดการประสานงานที่ซ้ำซ้อน
7. ประชาชนทั่วไป ตามกลุ่ม / วัย ได้รับการตรวจสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ ตามเกณฑ์ ไม่ให้เกิดโรค ต้องการการควบคุมโรครวดเร็วเมื่อเกิดโรคระบาด
8. ผู้ที่ด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้สูงอายุและคนพิการ ต้องการบริการที่สะดวกบริการเสร็จ ณ จุดเดียว ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีบริการรตอบสนองอำนวยความสะดวกในการรับบริการ เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ที่นั่งรอตรวจ คิวบริการทางด่วน เป็นต้น

ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):

- โรงพยาบาลรับข้อเสนอแนะจากผู้ผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น ส่วนราชการ พ่อค้า นักธุรกิจ ผู้มีอุปการคุณ ผ่านทางเวทีการประชุมภาคส่วน เวทีประชาคม เครือข่ายต่างๆ และการพบปะพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ รับทราบความต้องการ ดังนี้

1. การเพิ่มศักยภาพบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ
2. การจัดบริการช่องทางด่วน / นอกเวลา
3. การลดระยะเวลารอคอย เครือข่ายมีการจัดระบบปฐมภูมิ จำนวน 3 แห่ง
4. พฤติกรรมการให้บริการ ที่เป็นมิตร
5. การพัฒนาด้านอาคาร สถานที่ และการอำนวยความสะดวก ไม่แออัด

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:

1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความต้องการความร่วมมือในการส่งข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน จัดกิจกรรมบริการ สุขภาพให้สอดคล้องกัน และตรงกับปัญหาของชุมชน
2. สถานีตำรวจ ต้องการให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล ใบรับรองแพทย์ บันทึกการรตรวจรักษาของแพทย์ ผลการชันสูตร เกี่ยวกับผู้ป่วยคดี
3. โรงเรียน ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มวัยเรียน 4. ชุมชน ต้องการการตรวจสุขภาพตามความจำเป็น และการบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

iii. กระบวนการ

I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:

- การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง: เพื่อให้ได้ข้อมูลจากหลากหลายช่องทาง มีความครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการทุกกลุ่ม ได้กำหนดช่องทางในการรับความคิดเห็น ดังนี้

1) ทางงานประชาสัมพันธ์ หรือหน่วยรับปรึกษาเรื่องสิทธิ 2) ทางโทรศัพท์ 3) รับข้อเสนอแนะทางกล่องความคิดเห็น
4) จาแบบสอบถาม 5) ทาง Web site รพ 6) ทางสื่อออนไลน์ 7) จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ
8) เอกสารร้องทุกข์ / ร้องเรียน 9) จากการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ / การประชุมที่เป็นทางการ
10) จากเวทีประชาคมในชุมชน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ช่องทางที่ได้รับฟังความต้องการมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ 1) การพูดคุยกับผู้รับบริการแบบไม่เป็นทางการ 2) จากการสัมภาษณ์ 3) จากกล่องความคิดเห็น 4) จากแบบสอบถาม และ 5) จากสื่อออนไลน์

- การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ (Feedback):

- เพื่อให้ได้รับข้อมูล จากประสบการณ์ผู้ป่วยที่ได้จากการมารับบริการ รพ.ได้ 1) สุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้คำถาม 2) สุ่มสัมภาษณ์โดยใช้คาถามปลายเปิด ผลลัพธ์ พบว่า ส่วนใหญ่เข้าใจว่าต้องรอนานเนื่องจากมีหมอน้อย

(2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:

- เพื่อนำเสียงสะท้อน และความต้องการผู้รับบริการที่คาดว่าจะเป็นผู้รับผลงานในอนาคต ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ได้นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาออกแบบบริการ โดยมีการจัดระบบคิวผู้สูงอายุ มีคัดเลือกกลุ่มเบาหวานที่ควบคุมได้รับการรักษารพสต.ใกล้บ้าน ผู้ป่วยระยะท้ายมีการประเมินวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อ Good death มีการคืนข้อมูลบริการและให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคต่อไป

I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ:

- เพื่อให้การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันเหมาะสม รพ.ได้ดำเนินการโดย 1) กลุ่มที่มีการศึกษาสามารถตอบแบบสอบถามได้ ให้ใช้แบบสอบถาม 2) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรังใช้การสัมภาษณ์ 3) กลุ่มที่ใช้สื่อออนไลน์ รวบรวมโดยงานโสตและสื่อ 4) กลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้แทนองค์กรต่างๆ ใช้การพูดคุยแลกเปลี่ยนไม่เป็นทางการ และการประชุมที่เป็นทางการ 5) กลุ่มที่ไม่พึงพอใจ รับจากสื่อออนไลน์ รายงานอุบัติการณ์ และกล่องรับความคิดเห็น 6) การใช้ QR code เพื่อใช้สื่ออิเล็คโทรนิกส์อยู่ระหว่างการพัฒนา ผลลัพธ์ ที่ผ่านมาพบว่า ความไม่พึงพอใจและความต้องการเร่งด่วนได้มาจากการรายงาน

อุบัติการณ์ และสื่อออนไลน์ ซึ่ง รพ.ได้ออกแบบการเข้าไปดำเนินการโดยทีมไกล่เกลี่ยและจัดการข้อร้องเรียนให้เร็วที่สุด ตัวอย่างเช่น เมื่อเดือน เมษายน 2562 มีผู้ป่วยพาญาติมารอตรวจนานที่ผู้ป่วยนอก เนื่องจากไปรอตรวจผิดแผนก และเข้าใจว่าถูกลัดคิว จึงโพสต์ข้อความไม่พึงพอใจใน Facebook เมื่อมีบุคลากรพบข้อความ แจ้งมาที่หน่วยรับคำร้องเรียน ได้ไปพบแก้ไขปัญหาและให้ข้อมูล ผู้ป่วยเข้าใจ ได้ปรับปรุงการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ OPD

I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก

(1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:

- เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการผู้ป่วยนอก กำหนดจุดบริการอยู่ในอาคารเดียวกันสะดวกต่อบริการ แยกเป็นผู้ป่วยนอกทั่วไป / บริการกลุ่มโรคNCD จัดแบ่งการให้บริการเป็นวัน เวลา จัดเป็น ONE STOP SERVICE ได้แก่ คลินิก CKD วันจันทร์ /เบาหวาน วันอังคาร,พฤหัส วันพุธ warfarin หอบหืด วันพฤหัสจิตเวช วันศุกร์ PCU รพ.ชุมแสง เป็นต้น การรองรับอุบัติเหตุเป็นอาคารด้านหน้าติดถนน พร้อรับการเข้าถึง ห้องยา ห้อง LAB ห้อง X-RAY รวมถึงงานสิทธิบัตร จัดทำป้าย เส้นสีสื่อสารง่ายต่อการรับบริการ รวมถึงให้มีประชาสัมพันธ์อยู่ด้านหน้าพร้อมให้ข้อมูลบริการ

(2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลการจัดบริการ 1) รพ. ได้จัดทำตารางการให้บริการคลินิกต่างๆ 2) มีบริการ 1669 ซึ่งมีเครือข่ายกู้ชีพ กู้ภัยบริการฉุกเฉินในพื้นที่ รวมถึงบริการจาก อปท.สามารถให้บริการรวดเร็ว 3) มี Line กลุ่มบริการเฉพาะ เช่น NCD HHC เพื่อการสื่อสารประสานงานขอความช่วยเหลือต่างๆ

(3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:

- เพื่อตอบสนองผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.ได้กำหนดกลุ่มโรค ดังนี้
  1) กลุ่มโรคทางอายุรกรรมจัดคลินิกเฉพาะ ได้แก่ CKD , DM, COPD , Asthma ,HIV ,TB
  2) กลุ่มตา ทุกวัน
  3) กลุ่มโรคจิตเวช ทุกวันพฤหัส

I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:

- เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน กับผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น เช่น ตรวจสุขภาพประจำปีตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวและกลุ่มข้าราชการตำรวจ หน่วยบริการผู้ป่วยนอกจะมีการประสานวันเวลาการตรวจสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการสะดวก ใช้ระยะเวลารอคอยไม่นาน มารับบริการเป็นคณะ แพทย์จะดูผลเลือดก่อนและกำหนดเข้ารับการตรวจช่วงบ่าย ผลลัพธ์ ทำให้ลดเวลารอคอย

(2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:

- เพื่อจัดการคำร้องเรียนให้เร็วที่สุด ป้องกันการฟ้องร้ององค์กรภายนอก และเยียวยาผู้ป่วยให้ทันกับความต้องการ รพ.มีขั้นตอนการจัดการการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ 1) อุบัติการณ์ทั่วไประดับ 4-5 และอุบัติการณ์ทางคลินิก ระดับ GHI และรายงานผู้อำนวยการ ภายใน 24 ชม. เรื่องร้องเรียนงานประกันสุขภาพมีการประสานผู้เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ ผลลัพธ์ที่ผ่านมาสามารถจัดการข้อเรียนใช้ ม.41 ในปี 2559-2563 ไม่พบการร้องเรียน

- การเยียวยาเพื่อบรรเทาความเดือดร้อน จากคำร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น รพ.จำแนกกลุ่ม ได้แก่ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง เรื่องร้องทุกข์ ร้องเรียน (มีลงนาม และที่อยู่ สามารถประสาน ตอบกลับได้) มีดำเนินการทางกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน ของทีมเจรจาไกล่เกลี่ย

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

- เพื่อสื่อสาร และสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในการคุ้มครองสิทธ์ของผู้รับบริการโดยดำเนินการ ดังนี้
  1. สื่อสารนโยบายแก่บุคลากรทราบผ่านหัวหน้ากลุ่มหัวหน้างาน และในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่

2. สื่อสารในที่ประชุมเพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติมีทบทวนเหตุการณ์สำคัญ

3. ทุกหน่วยงานมีโครงสร้างบุคลากรติดไว้ที่หน้าหน่วยงาน และให้บุคลากรทุกคน ติดป้ายชื่อแสดงสถานะของการเป็นเจ้าหน้าที่

4. มีป้ายแสดงประกาศสิทธิผู้ป่วย และข้อพึงปฏิบัติในที่ที่สื่อสารได้ชัดเจน

5. บุคลากรให้ข้อมูลผู้ป่วยแรกรับให้รับทราบ ก่อนลงนามยินยอม รับทราบข้อมูลและรับบริการ

6. จัดให้มีการอบรมทบทวนพฤติกรรมบริการในบุคลากรที่ทุก 1 ปี (โครงการจริยธรรม)

7. กรณีมีพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม มีมาตรการดำเนินการ ชัดเจน โดยผ่านหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และเข้าที่ประชุมบริหาร

8. สร้างแรงจูงในให้มีพฤติกรรมบริการที่ดี โดยจัดกิจกรรมคนดีศรีชุมแสง ประชาสัมพันธ์ มีรางวัล เกียรติบัตรคำ ชมเชย จากผู้บริหารประจำทุกปี

ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

- กลุ่มผู้ป่วยที่ทาง รพ.ให้ความสำคัญต้องพิทักษ์สิทธิ์อย่างเคร่งครัด ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ต้องรักษาความลับอย่างเคร่งครัด อนุญาตให้เข้าถึงได้เฉพาะผู้ให้บริการทาคลินิกที่เกี่ยวข้อง 2) กลุ่มที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ จัดระบบบริการ ณ จุดเดียว OSCC จัดบุคลากรเฉพาะ 3) กลุ่มคดีรุนแรงมีการเก็บเวชระเบียนแยกเฉพาะ และควบคุม

การขอสำเนาเอกสารเวชระเบียน 4) กลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น นักโทษ ผู้ต้องหา 5) ผู้ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น แยกตรวจผู้ป่วยวัณโรคปอดตรวจที่อาคารเฉพาะไม่ปะปนกับผู้อื่น 5) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช แยกห้องตรวจ เพื่อความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่พบอุบัตการณ์การละเมิดสิทธิ์

ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:

ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- เพื่อผู้ป่วยป่วยระยะสุดท้ายได้รับการคุ้มครองสิทธ์ได้มีการตอบสนองความต้องการ มีการดำเนินการดังนี้ จัดทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ความช่วยเหลือดูแล คำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยและชุมชน เช่นการฟังสวด การรดน้ำมนต์ ให้การดูแลจัดพื้นที่ที่ให้การดูแลเป็นสัดส่วน ไม่เปิดเผยผู้ป่วย อำนวยความสะดวกให้ญาติได้เยี่ยม ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เช่น การขอขมา การพูดคุย ให้ข้อมูลสม่ำเสมอ แสดงความเข้าใจและเห็นใจด้วยความจริงใจจากผู้ให้บริการ เมื่อญาติผู้ป่วยยอมรับและขอกลับดูแลต่อที่บ้านประสานการนำส่งตามความเหมาะสม ผลลัพธ์การ

ดำเนินการ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ไม่มีอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน

- ผู้ป่วยเด็ก

- เพื่อผู้ป่วยป่วยเด็กได้รับการคุ้มครองสิทธ์ได้มีการตอบสนองความต้องการ มีการดำเนินการดังนี้ กำหนดให้ทารกแรกเกิดปกติอยู่รวมกับมารดาหลังคลอดจนจำหน่าย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ยกเว้นมีข้อจำกัดของอาการป่วย , ทารกแรกเกิดป่วย -เด็กต่ำกว่า15 ปี จัดให้รับบริการตึกสงฆ์ จัดโซนให้อยู่เป็นสัดส่วน มีการจัดเครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดกิจกรรมบริการ รวมถึงการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม ผลการดำเนินงาน ในปี2560-2562 ไม่มีการติดเชื้อในเด็ก ไม่มีข้อร้องเรียนการละมิดสิทธิ์จากผู้ปกครอง

- ผู้สูงอายุ

- เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการสูงอายุ ได้ดำเนินการ ดังนี้ งานผู้ป่วยนอก มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์อำนวยความสะดวกในการสื่อสาร การเคลื่อนย้าย และจัดบริการอายุ 70 ปี ขึ้นไปจัดให้ได้รับการตรวจอันดับต้นๆ มีทางลาด จุดจอดรถคนพิการ ในงานผู้ป่วยใน มีการประเมินพลัดตกหกล้ม และจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย มีกริ่งเรียกขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ผลการดำเนินงาน พบการพลัดตกหกล้ม ในปี 2562 จำนวน 9 ครั้ง ไม่พบผลกระทบรุนแรง ในชุมชน ได้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง โดยออกเยี่ยมผู้ป่วยตามเกณฑ์ และอบรม Care giver เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสมตามความเสี่ยง

- ผู้พิการ

  - เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงบริการและรับการพิทักษ์สิทธิ์ได้จัดบริการดังนี้ ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกทั่วไป จัดที่จอดรถสำหรับผู้พิการไว้ด้านหน้าอาคารผู้ป่วยนอก จัดทางลาด และห้องน้ำผู้พิการ ในงานผู้ป่วยในจัดให้การดูแลในพื้นที่มองเห็นผู้ป่วยชัดเจนมีญาติร่วมดูแล ประสานความช่วยเหลือการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน แจกไม้เท้า เก้าอี้นั่ง และติดตามเยี่ยมผู้พิการ ที่ผ่านมาไม่พบอุบัติเหตุรุนแรงในผู้พิการ

- ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด

  - เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึดได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ได้ดำเนินการ ดังนี้ จัดทำแนวทางปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วย จัดทำวัสดุที่ใช้ในการผูกยึดจากผ้าเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีมาตรการดูแลก่อนที่จะผูกยึด ผู้ป่วยที่ต้องผูกยึดบ่อย ได้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ประสาทหลอนจากพิษสุรา ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวดิ้น หรือใส่เครื่องมือแพทย์ต่างๆ ผลลัพธ์การดำเนินการปี 2561 มีผู้ป่วยประสาทหลอนจากพิษสุราร้องเรียนเรื่องได้รับบาดเจ็บจากการผู้ยึดที่ขา 1 รายได้มีการทบทวนโดยมีการประเมินบริเวณผูกยึด ทุกเวรและให้ข้อมูลญาติให้มีส่วนร่วมการดูแลและสังเกตุอาการผิดปกติ ผลการดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

iv. <u>ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- One Stop Service ในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ CKD เบาหวาน จิตเวช คลินิกประคับประคอง คลินิกTB คลินิก ARV
- มีการจัดแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยOPD / ER เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการที่ทันเวลา
- ระบบการรักษาความลับของเวชระเบียนผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย OSCC และผู้ป่วยคดี ผู้ป่วยถูกล่วงละเมิดทางเพศ
- การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย

v. <u>แผนการพัฒนา</u>

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	3.5	L	สำรวจ ความต้องการผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วย เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการ
12. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	3.5	L	ออกแบบระบบ IT ให้ตอบสนองการประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน และนำข้อมูลมาใช้
13. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก	3.5	L	รวบรวมข้อมูลในระบบ IT เพื่อให้ง่ายต่อการนำข้อมูลมาใช้ออกแบบระบบ
14. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน	3.5	L	มีบริการตอบข้อซักถามทางออนไลน์
15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	3.5	L	พัฒนาระบบคิวนำระบบอิเลคทรอนิกส์มาใช้

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค62-มี.ค.63
มีผลงานวิจัย / การจัดการความรู้ / นวัตกรรม	3 เรื่อง/ปี	3	3	3	16	1
ความครบถ้วนของข้อมูล 43 แฟ้ม	95%	75.83	82.01	91.75	91.17	100
ความทันเวลาของข้อมูล 43 แฟ้ม	95%	100	89.52	92.1	93.25	77.78
Information System Down Time	<3 ครั้ง/ปี	0	0	0	0	0
ติดตามผลการดำเนินงานเพื่อวัดและวิเคราะห์เสนอต่อทีมนำ ● ติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ● ร้อยติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	2 ครั้ง/ปี	2	2	2	2	2

ii. บริบท โรงพยาบาลชุมแสงได้มอบหมายให้งานสารสนเทศ ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์เป็นสารสนเทศ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการจัดระบบบริการ และการบริหารองค์กร รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการในระดับทีม

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีคุณภาพ เพื่อเอื้อต่อการจัดระบบบริการ และการบริหารจัดการ

ตอบสนองวิสัยทัศน์โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี ชุมชนมีส่วนร่วม ปี2565

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:

1. กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และอยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงสูง ต้องการการดูแลที่รวดเร็ว ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ การบริการที่ดี พูดจาไพเราะ
2. กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป ต้องการได้รับบริการที่ดี รอไม่นาน ระบบคิวชัดเจน
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการตรวจตามคิวและการจัดล าดับเหมาะสม ระยะรอคอยไม่นาน มีที่นั่งรอตรวจเพียง ไม่แออัด ให้ข้อมูลชัดเจน
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อ (วัณโรค ติดเชื้อ HIV) ต้องการให้เก็บรักษาความลับ การรักษาต่อเนื่อง
5. กลุ่มผู้ป่วยใน ต้องการสถานที่สะอาด บริการที่ดี พูดจาไพเราะ ให้ข้อมูลครบถ้วนชัดเจน รักษาถูกต้องและทุเลา/หาย
6. กลุ่มผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องในชุมชน ต้องการการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การประสานงานกับทีมสถานบริการใกล้บ้าน เตรียมยาและเวชภัณฑ์เพื่อส่งต่อให้ครบถ้วน ลดการประสานงานที่ซ ้ซ้อน (เช่น การมาติดต่อรับยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง)
7. กลุ่มประชาชนทั่วไป ตามกลุ่ม / วัย ต้องการการดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดโรค ได้รับการตรวจสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ ต้องการการควบคุมโรครวดเร็วเมื่อเกิดโรคระบาด
8. กลุ่มผู้ที่ด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้พิการ (ต้องการบริการที่สะดวก บริการเสร็จ ณ จุดเดียว ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน) การตอบสนองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้จัดบริการอ านวยความสะดวกในการรับบริการ เช่น ที่จอดรถ ห้องน ้า ที่นั่งรอตรวจ คิวบริการทางด่วน เป็นต้น

งานสารสนเทศได้กำหนดกลุ่มข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงทั้งด้านการบริหาร การจัดบริการผู้ป่วยทุกกลุ่มดังกล่าวข้างต้น และการพัฒนาคุณภาพบริการของทุกวิชาชีพ และทุกคณะกรรมการ โดยด าเนินการ ดังนี้

1. กำหนดกลุ่มข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม และกลุ่มข้อมูลต่างๆ ตัวชี้วัด ตามความต้องการของทีมพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการบริหาร และหน่วยงานต่างๆ

2. ใช้โปรแกรม Hos-os สำหรับการบันทึกข้อมูลการบริการ และมีการเชื่อมกับโปรแกรมเฉพาะหน่วยงาน(Out source) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และประมวลผลข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้มข้อมูลส่งเข้าระบบเครือข่ายจังหวัดและเขต

3. การประมวลผลและเทียบเคียงคุณภาพข้อมูล อิงมาตรฐานตัวชี้วัดข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข

4. การสื่อสารข้อมูลแก่ User บันทึกสารสนเทศทางการบริการ และตัวชี้วัดใน Website ของ รพ. โดยให้ผู้ใช้งานใช้ Username

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ: แหล่งข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข Dashboard HDC เช่น ข้อมูลดัชนีชี้วัดการบริการผู้ป่วยใน CMI (Case Mix Index)

เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HOS-os) , ระบบ Picture Archiving and Communication System (PACS) ,ระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการคลินิก (LIS) ,ระบบบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์-ระบบการเงินบัญชี-ระบบบริการจัดการ , เว็บไซต์ และอินทราเน็ต ,ระบบสารบรรณออนไลน์ ,ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

iii. <u>กระบวนการ</u>

<u>I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร</u>

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

- เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจในการบริหารจัดการระบบงานผู้ป่วยใน
- เพื่อนำเสนอข้อมูลอัตราตายรวม และแยกตาม PCT ให้สามารถนำไปพัฒนาได้ทันเวลา
- เพื่อนำเสนอข้อมูลโรคระบาด ที่ต้องเฝ้าระวังและควบคุมโรคได้ทันเวลา

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

- องค์กรมีการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล กับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขโดยผ่านทางระบบ Dashboard HDC เช่น ข้อมูล ๔๘ แฟ้ม , ตัวชี้วัดที่สำคัญของกระทรวง และ เปรียบเทียบข้อมูล CMI (case mix index) เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพการจัดบริการผู้ป่วยใน และผลลัพธ์การให้บริการ Service Plan รายสาขา ผ่านทางกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (Health Administration Division) สำหรับโรงพยาบาลระดับ F1 ในเขต 3 ดังนี้ ค่า CMI รพ.ชุมแสง รพ.ท่าตะโก รพ.บรรพตพิสัย รพ.หนองฉาง รพ.คลองขลุง
ปี 2562-2563 ดังข้อมูลในตาราง

	รพ.ชุมแสง	รพ.ท่าตะโก	รพ.บรรพตพิสัย	รพ.หนองฉาง	รพ.คลองขลุง
ปี2562	0.8998	0.7124	0.7799	0.6481	0.6289
ปี 2563 (ตค-มีค63)	0.9825	0.7273	0.7644	0.5754	0.6255

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

- เพื่อการตอบสนองความต้องการ ข้อร้องเรียนร้องทุกข์ของผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว งานเทคโนโลยีสารสนเทศได้ดำเนินการดังนี้ เปิดช่องทางให้ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป แสดงความคิดเห็นผ่าน Facebook โรงพยาบาลชุมแสง , มีการติดตามเสียงสะท้อนผ่านทาง Social media ต่างๆ โดยมีทีมHRD และเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลช่วยติดตาม เพื่อรายงานคณะกรรมการ RM เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมและบันทึกรายงาน และสื่อสารคณะกรรมการHRD เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขและสื่อสารกลับ

<u>I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร</u>

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

- เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการจัดการงานด้านพัสดุ คลังเวชภัณฑ์ การเงินและบัญชี ซึ่งเป็นจุดเน้นการบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงได้นำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน หลังจากได้ทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมา ใช้ระบบการทำงานแบบ manual ทั้งระบบการจัดซื้อจัดจ้าง-การรับของเข้าคลัง และการเบิกของออกจากคลัง ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และการควบคุมภายในที่ยังต้องมีการปรับปรุง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการและการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลในการจัดทำระบบ การจัดซื้อ -จัดจ้าง การเบิก-จ่าย และควบคุม stock ด้วยระบบโปรแกรมแบบ Realtime ทำให้มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน สามารถน ามาใช้ในการบริหารจัดการวา งแผนด้านการเงินการคลังที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการขององค์กรได้

I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

- เพื่อพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยในตามค่า CMI (Case Mix Index) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลระดับ F1 ตามที่กระทรวงฯกำหนด จึงได้ทำการปรับปรุงกระบวนการบันทึกเวชระเบียนให้ความรู้แก่แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และจัดให้มีระบบการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาโอกาสพัฒนาในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การ Audit เวชระเบียน

ผลลัพธ์ ค่า CMI ปี 2562-2563 (ต.ค.-มีค63)= 0.8998 , 0.9825

I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

1. มีการใช้โปรแกรมเพื่อให้บริการและจัดการข้อมูล โดยใช้โปรแกรม HOS -OS เป็นหลัก
2. มีการเชื่อมกับระบบ PAC เพื่อรายงานผล X-ray และเชื่อมกับระบบ LIS เพื่อรายงานผล Lab ส่วนงานด้าน Back office มีการใช้โปรแกรม Express และ E-Hos accounting ในการจัดการข้อมูล คลังพัสดุ การจัดซื้อจ้าง การเงินบัญชี เพื่อความถูกต้องและความทันเวลาในการใช้ข้อมูล
4. มีการปรับปรุงพัฒนาข้อมูลรายงานเพื่อคืนข้อมูลให้แก่หน่วยงานและPCT ต่างๆ เพื่อนำข้อมูลไปใช้อย่างมีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบัน โดยได้มีการสรุปวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญร่วมกับ จนท.ผู้รับผิดชอบแต่ละ PCT เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และให้ทีม IT เป็นผู้ประมวลผลให้ตามช่วงเวลาที่กำหนด และจะมีการยืนยันข้อมูลกันอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

(2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

1. ระบบ HIS มีระบบการสำรองข้อมูลโดยมี Server สำรองแยกเก็บห่างจากกัน และมีการสำรองข้อมูลทุกๆวัน
2. มีระบบไฟฟ้าสำรอง สำหรับระบบคอมพิวเตอร์เครื่องแม่ข่าย
3. มีระบบการสำรองข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ ไปจัดเก็บไว้ที่อุปกรณ์กลาง เพื่อป้องกันข้อมูลที่เครื่องทำงานเสียหาย
4. มีระบบรายงานที่พร้อมใช้ 2 ระบบ คือ ข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กร มีการสรุปไว้ เพื่อความสะดวกต่อการสืบค้นและและข้อมูลอื่นๆที่ต้องการสืบค้นเพื่อดูแนวโน้มบางอย่าง โดยมีระบบการดึงรายงานแบบ Realtime ผ่านระบบ Intranet ของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลจ านวนผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยในประจำวัน เป็นต้น

I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

(1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ :

1. มีระบบป้องกันดักจับภัยคุกคามจากภายนอกที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบ Server และโครงข่าย
2. มีการติดตั้งโปรแกรม สแกนไวรัสในเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดภายในองค์กร
3. มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของโปรแกรม Hospital-OS และ มีการกำหนดรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านในการใช้

งานระบบรายบุคคล

4. มีระบบการป้องกันความลับของข้อมูล กรณีคนไข้ HIV หรือ กรณีคดีฉกรรจ์ /OSCC โดยการกำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลและมีการแยกเก็บเอกสาร

(2)องค์กรทำให้มั่นใจใน ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

1. มีการจัดการโครงข่ายสำรองภายในโดยใช้ Fiber optic เพื่อความเสถียร
2. มีการ Fix IP และสาย Lan เพื่อจำกัดการเข้าถึงระบบ Wifi ของโรงพยาบาล
3. มีอุปกรณ์ firewall เพื่อทำหน้าที่ปกป้องและดักจับภัยคุกคามจากภายนอก

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

- สร้างวัฒนธรรมการรักษาความลับผู้ป่วย ผ่านสื่อออนไลน์ โดยไม่ให้มีการถ่ายภาพในการให้บริการต่างๆโดยไม่ได้รับอนุญาต และการส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การระบุชื่อ-สกุล-ที่อยู่ผู้ป่วย-อาการเจ็บป่วย ในกลุ่มสื่อออนไลน์ โดยหากจำเป็นที่ต้องส่งข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ ให้ส่งข้อมูลเป็นการส่วนตัว ที่คนอื่นๆ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้ เช่นการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการรักษา ต่างๆ ทางกลุ่ม line , Social Media ต่างๆ ให้ส่งเป็นไลน์ส่วนตัวเฉพาะบุคคล (ไม่ควรส่งเป็นกลุ่ม) และให้ลบข้อมูลใน line ออกทุกวัน เมื่อดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว

I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร

(1) การสร้างและจัดการความรู้:

- เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาวิชาการในทุกกลุ่มของบุคลากร และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร และปฏิบัติตาม ค่านิยมองค์กร เรื่อง เร่งสร้างนวตกรรมใหม่ๆในการบริการสุขภาพ รพ.ได้ดำเนินการ โดย จัดทำคลังความรู้ ใน เว็ป รพ ห้อง KM และงานคุณภาพ , สนับสนุนอินเทอร์เนตทุกหน่วยงาน 24 ชม, สนับสนุนการนำเสนอผลการพัฒนางานของผู้ปฏิบัติงาน ,ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม การจัดทำ R2R ประจำปี, จัดประกวดผลงาน CQI ,R2R ปี 2562 มีผลงานCQI 17 เรื่อง ได้ส่งเสริมให้มีโอกาสพัฒนาองค์ความรู้ผ่านข้อกำหนดทางวิชาชีพ โดย สนับสนุนการอบรมฟื้นฟู เก็บหน่วยกิตวิชาการ ของวิชาชีพ ต่างๆ ข้อกำหนดของโรงพยาบาลด้านการพัฒนาบุคลากร ให้บุคลากรประเภท (ไม่ใช่วิชาชีพ ได้รับการพัฒนาวิชาชการที่เกี่ยวข้องกับงาน 3 วัน / คน /ปี)

(2) การระบุ good practice และขยายผล:

- เพื่อให้มีการขยายผลองค์ความรู้ นวัตกรรมที่เกิดขึ้นในองค์กร สู่องค์กรอื่น รพ.ได้ส่งผลงานเข้า ประกวดเผยแพร่ในเวทีต่างๆ เช่น น าเสนอผลงานในสาขาแต่ละ Service plan เขตสุขภาพที่ 3 ผลงานที่นำไปเผยแพร่ ได้แก่ 1) นวัตกรรมลูกตาล3ระดับสกัดเท้าชา 2) นวัตกรรม สมุดคู่คิดพิชิตเบาหวาน3) สมุนไพรพอกเข่า ลดการใช้ NSAID4)MDR notice

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:

- เพื่อให้มีการสร้างความรู้ที่ฝังลึกในตัวบุคคลอย่างยั่งยืน รพ. ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้บริหารสนับสนุนให้นโยบาย โดยการกำหนดเป็นค่านิยมองค์กร ได้แก่ การสร้างนวตกรรม และการเป็นองค์กรศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ 2) ใช้3 P เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพเป็นหลักคิดในการดำเนินงานในงานประจำ 3) มีทีม IS ประกอบด้วยผู้บริหารสหสาขาวิชาชีพ กระตุ้นหน่วยงานชื่นชมรับฟังข้อคิดเห็นเป็นการเปิดใจยอมรับ สนับสนุนการมีส่วนร่วม 4) มีเวทีมหกรรมคุณภาพเพื่อแลกเปลี่ยนกันและกัน 5) ผู้นำสนับสนุนเชิดชูเกียรติ ให้รางวัล 6) งาน IT สนับสนุนการจัดเก็บและเผยแพร่เอกสารประกันคุณภาพ (QA Document) การสื่อสารภายในองค์กร เพื่อให้บุคลากรในองค์กรทุกคนเข้าถึงองค์ความรู้ที่จัดเก็บไว้ ในเว็บไซต์ รพ.

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- นวัตกรรมลูกตาล3ระดับสกัดเท้าชา
- สมุนไพรพอกเข่า ลดการใช้ NSAID
- นวัตกรรม สมุดคู่คิดพิชิตเบาหวาน
- MDR notice

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
16. การวัดผลการดำเนินงาน	3.5	L	- มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการตามกลยุทธ์ขององค์กร
17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง	3.5	L	- มีการวิเคราะห์และสื่อสารผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	3.5	L	มีการประเมินและปรับปรุงระบบรายงานตัวชี้วัดต่างๆให้พร้อมในการใช้งาน
19. การจัดการระบบสารสนเทศ	3.5	L	มีการปรับปรุงระบบความปลอดภัยของServerและโครงข่าย
20. ความรู้ขององค์กร	3.5	L	การขยายผลให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านสื่อ มีเดียต่างๆ ให้หลากหลายมากขึ้น

I-5 กำลังคน

i. ผลลัพธ์[รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ขีดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562	ต.ค62-มี.ค.63
ร้อยละของความพึงพอใจผู้รับบริการ OPD	≥80	93.59	90	90	92.5	92.67	87.86
ร้อยละของความพึงพอใจผู้รับบริการ IPD	≥80	90.77	90	90	90	95.34	87.37
ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ให้บริการ(บุคลากร)	≥85	79.53	79.81	70.04	68.7	65.57	65.35
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการประเมินสมรรถนะ	≥95	100	100	100	100	100	100
ร้อยละของบุคลการที่ได้รับการพัฒนา/อบรม	100	100	100	100	100	100	100
อัตราบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ	≥ 90%	88.93	93.07	86.19	90.5	81.05	94.19
ร้อยละของบุคลกรกลุ่มปกติ		51.6	75.35	44.66	46.89	60.7	69.60
ร้อยละของบุคลกรกลุ่มเสี่ยง		29.5	7.44	38.83	40.77	17.4	6.61
ร้อยละของบุคลกรกลุ่มป่วย		18.9	17.21	16.51	17.34	21.89	23.79

ii. บริบท

กำลังคนประเภทต่าง ๆ ขององค์กร:โรงพยาบาลชุมแสง เป็นโรงพยาบาลชุมชนอยู่ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง เขตชุมชนเมือง ประชาชนในความรับผิดชอบ 64,555 คน ณ วันที่ 6 ส.ค.63 มีอัตรากำลังด้านการแพทย์และสนับสนุน ณ วันที่ 31 ก.ค.63 รวมทั้งสิ้น 241 คน เป็นข้าราชการ 105 คน (ปฏิบัติงานจริง 98 คน ลาศึกษาต่อ 7 คน) ลูกจ้างประจำ 11 คน ลูกจ้างเงินบำรุง 123 คน (ประกอบด้วย พนักงานกระทรวง 62 คน ลูกจ้างรายเดือน 3 คน ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน/คาบ 58 คน) และลูกจ้างเงินงบประมาณ พนักงานราชการ จำนวน 4 คน

สมรรถนะหลักขององค์กร: สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แสวงหาโอกาสในการเรียนรู้ มีการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความพร้อม มีกระบวนการนำวิธีการ นวัตกรรมใหม่มาประยุกต์ใช้กับงานประจำเพื่อผลักดันให้เป็นแหล่งเรียนรู้ เช่น คลินิกตา, NCD ,จิตเวช, MCH , Palliative และมีการบริการรูปแบบเครือข่ายตามService plan บุคลากรในองค์กร คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีการกำหนดสมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะในการให้บริการระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและภาคีเครือข่าย
2. สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานรพ.ระดับ F1 และมีเครื่องมือชั้นสูงในการตรวจวินิจฉัยและรักษา
3. มีสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมมาภิบาล
4. มีสมรรถนะในการสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและการใช้เทคโนโลยีในการบริการสุขภาพแก่บุคลากรภายในองค์กรและเครือข่ายรวมถึงการเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ปี 4-5 , แพทย์จบใหม่,นักศึกษาพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน:-เพื่อให้การพัฒนาด้านกำลังคนให้มีความผูกพันและคงอยู่กับองค์กรในปี 2559-2562 โรงพยาบาลได้สำรวจและมีผลการสำรวจความผูกพันต่อองค์กรภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ร้อยละ73.16, 77.08, 76.09, 75.60 แต่เมื่อเทียบเคียงระดับกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์

ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: มีการปรับสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพและความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่ ออกแบบ วางแผนพร้อมรับมือกับเหตุฉุกเฉิน เช่น การซ้อมแผนอัคคีภัย แผนการป้องกันอันตรายจากสารเคมี จัดให้มีการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการระบาดของโรค จากสถานการณ์การCOVID-19 ได้มีการวางระบบด้านการบริหารจัดการ มีการประชุมสื่อสารการดำเนินการ จัดเวทีให้ความรู้แก่ทีมดำเนินงานในโรงพยาบาล /เครือข่าย/ภาคี

จัดอัตรากำลังดูแล จัดทำคลัง PPEเพื่อให้เกิดความพร้อมใช้ ผู้ป่วยPUI /COVID-19ได้รับการดูแลตามคู่มือ/CPG ทุกราย รายงานผลการติดตามกำกับตามมาตรการรวดเร็ว ครบถ้วน พบว่าบุคลากรมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานไม่มีการติดเชื้อ

iii. กระบวนการ

I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน

(1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:

- ขีดความสามารถและความพอเพียงของบุคลากรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสภาวิชาชีพ ความพอเพียง เหมาะสมกับภาระงานและบริบทขององค์กร มอบหมายหน้าที่ตามความรู้ความสามารถ ตามวิชาชีพ ตามผังโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และข้อกฎหมายกำหนดองค์กรประเมินคุณสมบัติของของผู้ประกับวิชาชีพในด้านต่าง ๆ เช่นใบประกอบวิชาชีพ การศึกษาสูงสุด การฝึกอบรม และประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ จัดทำแบบประเมินผลการปฏิบัติงานตามแบบกระทรวงฯกำหนด ทุกตำแหน่ง ทำแผนจัดเตรียมกำลังคนให้พร้อมต่อความต้องการขององค์การที่เปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานต่อ ป้องกันการลดกำกำลังคนและผลกระทบที่เกิดจากกำลังคนไม่เพียงพอ

ตำแหน่ง/วิชาชีพ	**กรอบ FTE**		**ปฏิบัติงานจริง**				**รวม**	**หมายเหตุ**
	ขั้นสูง	ขั้นต่ำ	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	งบประมาณ	เงินบำรุง		
กลุ่มวิชาชีพ/สหวิชาชีพ								
กลุ่มงานการแพทย์								
แพทย์	**18**	**15**	10				10	ศึกษา6
กลุ่มงานทันตกรรม	**11**	**10**						
ทันตแพทย์	7	7	5				6	ศึกษา1
นวก.ทัน/จพ.ทันต/ผู้ช่วย	**3**	**3**	2	1		3	6	
กลุ่มงานเภสัชกรรม	**16**	**13**						
เภสัชกร	10	8	7				7	
จพ.เภสัช	6	5	4			1	5	
ผู้ช่วย /พ. ห้องยา				1		3	4	
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	**6**	**4**						
นักเทคนิค /จพ.วิทย์			3			4	7	
พ.ห้องแล็ป				2			2	
กลุ่มงานรังสีการแพทย์								
นักรังสี/จพ.รังสี	2	2	1			1	2	
พ. รังสี						2	2	
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	9	7						
นักกายภาพ	**6**	**5**	1			1	2	
นักกิจกรรม/ช่างกาย	1	1				0		
ผู้ช่วยนักกายภาพ						2	2	
กลุ่มงานโภชนศาสตร์	2	2						
นักโภชนาการ/โภชนากร			1			1	2	
พ. ประกอบอาหาร						6	6	
กลุ่มงานประกันยุทธศาตร์	**7**	**7**						
นวก.สาธารณสุข	1	1	1				1	
นวก.คอมพิวเตอร์	2	2			1	1	2	
พ. เครื่องคอม						1	1	
จพ.เวชสถิติ/นวก.เวช	4	4	1			1	2	

ตำแหน่ง/วิชาชีพ	กรอบ FTE		ปฏิบัติงานจริง				รวม	หมายเหตุ
	ขั้นสูง	ขั้นต่ำ	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	งบประมาณ	เงินบำรุง		
พ. บัตรรายงานโรค						6	6	
พ. พิมพ์/บริการ							3	
กลุ่มงานปฐมภูมิ/องค์รวม	32	16					14	
พยาบาลวิชาชีพ/พ.เทคนิค	18	4	7				7	
นวก.สาธารณสุข/จพ.	12	10	2			2	4	
นักจิตวิทยา								
ผู้ช่วยสาธารณสุข/พ.บริการ						2	2	
พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย						1	1	
กลุ่มงานการพยาบาล	80	64						
หัวหน้าพยาบาล			1					
งานผู้ป่วยนอก	26	5						
พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	26	5	10				10	
พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย						2	2	
พนักงานพิมพ์						2	2	
งานผู้ป่วยใน	68	16						
พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค			18			3	21	
พนักงานชวยเหลือผู้ป่วย						12	12	
พนักงานพิมพ์						1	1	
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	51	19						
พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	45	16	11			1	12	
เวชกิจฉุกเฉิน	6	3	1			1	1	ศึกษา1
พ.ช่วยเหลือผู้ป่วย						4	4	
พ.เปล						5	5	
งานพยาบาลผู้คลอด	16	7						
พยาบาลวิชาชีพ			**5**				5	
พ.ช่วยเหลือผู้ป่วย						1	1	
งานควบคุมการติดเชื้อ	2	1						
พยาบาลวิชาชีพ			1				1	
พ. จ่ายกลาง/ซักฟอก						3	3	
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย	3	3						
แพทย์แผนไทย/วุฒิ ป.อายุรเวท			1			2	3	
นวดไทย 330 ชม.				1		4	5	
พ.พิมพ์						1	1	

<u>ความรู้ความสามารถเฉพาะทาง</u>

- แพทย์เฉพาะทาง สาขาอายุรกรรม (3 ปี) จำนวน 1 คน
- สาขาเวชครอบครัว /ชุมชน (3 ปี) จำนวน 1 คน
- สาขาจิตเวชชุมชน จำนวน 1 คน
- หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว (4 เดือน) จำนวน 2 คน
- แพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงาน Past time สาขาจักษุแพทย์ 3วัน/สัปดาห์ จำนวน 1 คน

- ทันตกรรม สาขา ทันตกรรมประดิษฐ์ หลักสูตร 1 ปี จำนวน 2 คน
- ทันตกรรมทั่วไป หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 1 คน
- หลักสูตรพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางหลักสูตร 1 ปี สาขาวิสัญญีการพยาบาล จำนวน 2 คน
- พยาบาลวิชาชีพ หลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป (4 เดือน) จำนวน 12 คน
- การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต (4 เดือน) จำนวน 1 คน
- การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (4 เดือน) จำนวน 1 คน
- การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (4 เดือน) จำนวน 1 คน
- สาขาโรคเรื้อรัง (4 เดือน) จำนวน 2 คน
- สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 12 คน

(2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:

- จัดทุนการศึกษาสำหรับนักเรียนทุนสายวิชาชีพ เช่น พยาบาล รังสีการแพทย์ เวชสถิติ เพื่อทดแทน
- จัดทำแผนอัตรากำลังทุกวิชาชีพ สำรวจวิเคราะห์ภาระงานทุกตำแหน่ง สายงาน ที่รับผิดชอบ ความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่งวิเคราะห์ถึงความพอเพียง
- สายสนับสนุน ขาดแคลนรับโอนย้าย บรรจุใหม่ และต้องจัดทำแผนการจ้าง และจ้างเหมา จากภายนอก วิเคราะห์ความคุ้มค่า
- สายการแพทย์ จะต้องเตรียมการขอทุนแพทย์ประจำบ้านสาขาที่จำเป็นทุก 2 ปี เพื่อกันย้าย ลาออก

(3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:

- จัดทำแผนกรอบอัตรากำลังตามสายงานวิชาชีพตรงตามตำแหน่ง รวมทั้งการจัดทำแผนกรณีการขาดของบุคลากรตามภาระงาน เสริมภาระที่เกื้อหนุนระหว่างตำแหน่ง

(4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

- มอบหมายงานให้เหมาะสมกับตำแหน่ง ตรงกับคุณวุฒิ ความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง

<u>I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน</u>

(2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

- ผู้บริหารมีนโยบายที่ส่งถึงผู้ปฏิบัติงานคือ คนสำราญ งานสำเร็จ และอยู่ภายใต้อัตราลักษณ์องค์การ“ซื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี”
- จัดให้มีสวัสดิการนอกเหนือสิทธิที่ควรได้จากต้นสังกัดให้แก่บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลทุกคน เช่น ครอบครัวเจ้าหน้าที่หรือตนเอง เข้านอนพักรักษาในห้องพิเศษได้ครั้งหนึ่งไม่เกิน 7 วันหากเกินกว่าที่กำหนดให้รับผิดชอบค่าจ่ายครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายห้องพิเศษ
- สร้างบรรยากาศการทำงานให้เหมือนกับคนในครอบครัวพี่ช่วยน้อง เพื่อช่วยเพื่อน

<u>I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน</u>

(1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:

- จัดสถานที่ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพียงพอไม่มากหรือน้อยเกินความต้องการ
- จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถป้องกันอันตรายอันอาจเกิดขณะปฏิบัติหน้าที่ เช่น หน้ากาก หูฟัง
- จำทำสถานที่สำหรับให้บุคลากรได้พักผ่อน เช่น มุมกาแฟ มุมพักผ่อน

(2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:

- จัดสถานที่และ กิจกรรมการออกกำลังกายให้กับบุคลการช่วงเลิกงาน สนับสนุนการกีฬา

- จัดหารางวัลสำหรับบุคลการสุขภาพกาย ใจ ดี ประจำปี

(3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ: แรกรับเข้าปฏิบัติหน้าที่ บุคลกรจะต้องผ่านการตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น เอกซเรย์ปอด ตรวจหาสารเสพติด หลังจากบรรจุเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานจะได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการตรวจสุขภาพประจำปี แบ่งเป็นกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 35ปีและมากกว่า 35 ปี ผล การตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่ปี 2562 ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากมีการโยกย้ายของบุคลากรบางส่วนในช่วงเวลาการตรวจ ทีมบริหารได้กำหนดนโยบายให้มีการตรวจสุขภาพแรกรับ และให้ทุกหน่วยงานมีการประเมินสุขภาพเจ้าหน้าที่ประจำปี ตามกรอบช่วงเวลา รวมถึงการจัดกลุ่มภาวะสุขภาพในหน่วยงาน ปี 2562 มีกลุ่มปกติ 60.7 กลุ่มป่วย 21.89 กลุ่มเสี่ยง 17.4 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม NCD ลำดับ1 ไขมันสูง ลำดับ 2 ความดันโลดหิตสูง ลำดับ 3 เบาหวาน ลำดับ 4 UTI และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ได้มีกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ 3 อ. 2ส ในกลุ่มปกติ โดยบุคลากรจัดโปรแกรมสุขภาพด้วยตนเอง ปี 2563 ผลการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ93.42 กลุ่มปกติร้อยละ 69.60 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 6.61 กลุ่มป่วยร้อยละ 23.79

จากข้อมูลพบว่ากลุ่มปกติเพิ่มขึ้นเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มป่วยพบโรคGout และCKD ระยะ3 ในบุคลากรที่เป็นเบาหวาน / มีการวางแผนมอบหมายภาระงานให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

(4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:

- ทีมวิชาชีพที่รับผิดชอบจะต้องคอยตรวจเช็ค สุขภาพของบุคลากรกลุ่มป่วยเป็นประเมินสถานะทุก 3 เดือน 6 เดือน
- จัดสวัสดิการสำหรับบุคลากรที่ได้รับปาดเจ็บจากการทำงานเช่น โดนเข็ม ติดเชื้อจากผู้ป่วย จะมีการติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด และติดตามผลการรายงานผลให้หน่วยงานต้นสังกัดทราบ

I-5.2 ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

(1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่น นโยบายชัดเจน ที่จะให้บุคลากรมีความสุขกับการทำงาน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบดูแล แต่ละกลุ่มงาน จัดทีมงาน และคอยประสานงาน

(2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:มีการประเมินผลงานตามตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ แจ้งให้ผู้ปฏิบัติรับทราบของการประเมิน โดยให้ผู้ปฏิบัติเป็นผู้ให้คำสัญญาว่าจะปรับปรุงผลงานโดยทีมงานของผู้ปฏิบัติจะต้องเป็นกำลังแรงใจรวมทั้งหัวหน้างานและผู้บริหาร

(4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:

- ผู้บริหารพิจารณาการปฏิบัติงานจาก ภาระงาน ผลของงานที่ออกมาครบถ้วน สมบูรณ์และสนับสนุนนำผลงานออกสู่ภายนอก
- มีการพิจารณาผลงานที่มีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น โครงการของพระบรมวงศานุวงศ์ นโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด และความสำคัญของพื้นที่องค์กร

I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) Learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มกำลังคนและผู้นำ	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
กลุ่มวิชาชีพ	พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ตามตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ 1 ครั้ง/คน/ปี	-ส่งเข้ารับการอบรมภายนอก - ให้ผู้รับการอบรมภายนอกมาเผยแพร่ให้กับเพื่อร่วมงานรับรู้
กลุ่มสนับสนุน	-การจัดทำบัญชี -ระเบียบการจัดซื้อจ้าง - การจัดทำหนังสือราชการ - อบรมผู้ขับรถราชการ	-จัดอบรมพัฒนาความรู้ภายในหน่วยงาน-ส่งอบรมภายในจังหวัด ต่างจังหวัด กับหน่วยงานภายนอกที่จัด พี่สอนน้อง

	- การซ่อมบำรุงเครื่องมือแพทย์	
ระดับหัวหน้างาน	พัฒนาศักยภาพของหัวหน้างานที่รับผิดชอบตามตำแหน่ง หน้าที่	-พัฒนาศักยภาพด้านตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ ประสบการณ์ในตำแหน่งไม่น้อยกว่า 5-8 ปี
ระดับหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย	การอบรม ผบต. การบริหารงานเบื้องต้นเกี่ยวกับวิชาชีพ	ส่งอบบรมภายนอกกับ หน่วยงานราชการ /สมาคม / ชมรม ตามความเหมาะสมกับตำแหน่ง หน้าที่ - ประสบการณ์ในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี
ผู้บริหารสูงสุด	การอบรมผู้บริหาร (ผบก) หลักสูตรการบริหารเงินการคลัง หลักสูตรการบริหารงานบุคคล	อบรมภายนอกกับหน่วยงานที่จัดอบรม หรือสถาบันที่มีชื่อด้านการจัดอบรมเฉพาะทางประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี

(2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

- ประเมินผลงานจามแบบ กพร. กำหนด มีการประเมินผลสมฤทธิ์ของงานและประเมินสมรรถนะ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปีและต่อคน

(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:

- มีการตรวจสอบการหมดอายุใบประกอบวิชาชีพ
- แนะนำ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ช่วงต่อเช่น ระดับปฏิบัติงาน-ชำนาญงาน /ปฏิบัติการ-ชำนาญการ
- การสร้างผู้นำขึ้นมาทดแทน โดยผู้บริหารคำนึงถึงขีดความสามารถด้านตำแหน่ง คุณวุฒิ วัยวุฒิและการเข้าร่วมทีมงาน โดยให้มีการแสดงวิสัยทัศน์ของแต่บุคคล และวิเคราะห์ถึงผลงานที่ผ่านมา ด้านความรับผิดชอบ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- NCD Clinic Plus Awards โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ปี 2561 ผลงานดีเด่นระดับเขต ปี 2562 ดีเด่นระดับประเทศของกรมควบคุมโรค
- ปี 2560 -61 เครือข่ายฯ มีการบูรณาการดูแลสุขภาพจิตวัยสูงอายุภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอสู่ชุมชน ระดับยอดเยี่ยม ของ กรมสุขภาพจิต
- ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ปี 2562 ชนะเลิศระดับเขต
- องค์กรแห่งความสุข Happinomiter ปี 2562ชนะเลิศระดับจังหวัด
- ผลงานด้านตัวชี้วัด ปี 2561 อยู่ลำดับที่ 14 ปี 2562 ลำดับ 2 ของจังหวัด
- GREEN & CLEAN Hospital ปี 2560-61 ผ่านระดับดี ปี 2562 ผ่านระดับ ดีมาก พลัส
- ด้านมาตรฐานสิ่งแวดล้อม7 ด้าน ของ สบส. ปี 2562 ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก
- สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย ปี 2562 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ระดับ ดีมาก
- ปี 2562 ผ่านเกณฑ์มตราฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
- ปี 2562 ผ่านมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร ระดับ ดีมาก
- ปี 2562 ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 90)ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
21. ขีดความสามารถและความเพียงพอ	4	L	- ส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาชีพ สหวิชาชีพ และงานสนับสนุน ครบตามสาขา Service plan ของหน่วยงาน - จัดอบรมภายในองค์กรเพื่อทบทวนองค์ความรู้ ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง - ประเมินผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ
22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน	4	L	จัดสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติหน้าที่ งานสนับสนุนมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติงาน 8 ชม/วัน หรือ วิชาชีพไม่เกิน2คาบ/วัน
23. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน	3	L	จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้กับบุคลากรทุกคนทุกปี วิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางป้องกัน เช่น ความเสี่ยงจากการโดนเข็มตำขอปฏิบัติหน้าที่ มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
24. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน	4	L	มีกิจกรรมทานอาหารร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน
25. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ	3	L	-จัดตั้งทีมงานให้ความช่วยเหลือ สอนงานแบบพี่สอนน้อง / อาจารย์กับลูกศิษย์ รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน - มีการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน - จัดอบรมภายในหน่วยงานและส่งไปอบรมกับหน่วยงานภายนอกด้านวิชาชีพและสนับสนุน

I-6 การปฏิบัติการ

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านห่วงโซ่อุปทาน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค62- มี.ค. 63
การติดเชื้อภาพรวมโรงพยาบาล	< 1ครั้ง ต่อพันวันนอน	2	0.45	1.86	1.61	0.98
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน -ผู้ป่วยนอก -ผู้ป่วยใน	≥ 85 % ≥ 80 %	65.37 87.18	67.65 87.4	77.04 88.66	78 90.98	85.46 90.21
ความพึงพอใจผู้รับบริการ -ผู้ป่วยนอก -ผู้ป่วยใน	≥ 80 % ≥ 80 %	90 90	90.71 92.67	92.5 90	92.67 95.34	87.86 87.37

ii. บริบท

ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ:

: เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง

Core competencyขององค์กร:

1. การผ่าตัดตาต้อกระจก
2. การดูแลผู้ป่วย NCD
3. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ ซึมเศร้า
4. การดูแล Palliative Care

ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ:

-ผู้ส่งมอบของโรงพยาบาล ได้แก่
-สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
-โรงพยาบาลศูนย์
-สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ , รพ.สต. ในเครือข่าย
-องค์การเภสัชกรรม
-สถานีตำรวจ
-หน่วยกู้ภัย ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขสถาบัน/หน่วยงานที่จัดฝึกอบรม
-บริษัท, ร้านค้า, วัด
-ห้องปฏิบัติการเอกชน
-ศูนย์ตรวจวินิจฉัยพิเศษ (CT Scan, MRI)

พันธมิตรที่สำคัญ ได้แก่

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ , รพ.สต ในเครือข่าย , โรงพยาบาลใกล้เคียง : รับรักษาผู้รับบริการที่เกินขีดความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อการรักษา ด้านข้อมูลการรักษา

- อบต เทศบาล อำเภอ สถานีตำรวจ ชุมชน : ประสานงานข้อมูล ขอความร่วมมือ

- กู้ชีพกู้ภัยเอกชน 2 แห่ง : รับและส่งต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ,โรงพยาบาลจิตเวชสี่แคว(สวรรค์ประชารักษ์) : รับรักษาผู้รับบริการที่เกินขีดความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชน

โอกาสเชิงกลยุทธ์:

- ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากชุมชน : ชุมชนให้ความสำคัญเชื่อมั่น ในด้านการรักษาของโรงพยาบาล ชุมชนยินดีช่วยเหลือในด้านทรัพยากรต่างๆ ในส่วนที่ขาดพร้อมสนับสนุนให้โรงพยาบาลอย่างดี
- ได้รับอาคารใหม่ 3 ชั้น (รองรับผู้ป่วยในและห้องพิเศษ) : โรงพยาบาลยังไม่เปิดให้บริการ
- มีแผนการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง มี resorce sharing ด้านบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพ
- มีแผนรองรับ Emerging Disease

การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน:

สถาบันสมทบในการฝึกอบรมวิชาเวชศาสตร์ชุมชนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4,5,6 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถาบันสมทบในการฝึกอบรมวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5มหาวิทยาลัยมหิดลโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาทันตแพทย์ นักศึกษาเภสัชกร

สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์

สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาจากมหาวิทยาลัย นเรศวร วิทยาเขต พะเยา จ.พะเยา

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ (งานบริการปฐมภูมิ / งานสร้างเสริมสุขภาพ / สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรและมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ:

- ปี 2554 มีอุบัติการณ์น้ำท่วมโรงพยาบาล เกิดความเสียหายกับวัสดุการแพทย์ ยา เนื่องจากคลังพัสดุ คลังยาอยู่ในที่ต่ำ มีการทบทวนและเตรียมความพร้อมโดยจัดทำชั้นวางสูงกว่าพื้น จัดทำฐานยกครุภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการถูกน้ำท่วมขึ้นให้สูง ปี2558 ได้ปรับปรุงโรงกำเนิดไฟฟ้า และอาคารจ่ายกลาง
- ปี 2562 มี อุบัติเหตุหมู่ 1 ครั้ง รถบรรทุกไม้ หลุดโค้งชนรถรับส่งนักเรียน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 34 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ โรงพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือกับผู้ประสบเหตุและปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวทางการฝึกซ้อมแผนประจำทุกๆปี
- อุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้สำหรับโรคระบาด ได้มีการจัดโซน สำหรับให้บริการผู้ป่วย และมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้กับเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง นอกจากนั้นยังมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ด้านการป้องกันและการดูแลตนเองการจัดบอร์ดนิทรรศการ มีการซักซ้อมแผนการรับผู้ป่วยเมื่อมีการระบาดของโรคไข้หวัดนก, SARS, ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคโควิด ในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง และมีการประเมินจากทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

เพื่อรองรับ COVID-19 โรงพยาบาลชุมแสงได้มีการจัดเตรียมสถานที่ แนวทางปฏิบัติ การเฝ้าระวัง การติดตามโดยมีส่วนร่วมสำคัญในภาคภาคีเครือข่าย ผลดำเนินการ ตั้งแต่เดือน ม.ค.2563 – เม.ย2563 มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 3 ราย PUI 20 ราย , ได้ติดตามความปลอดภัยในบุคลากรที่ให้บริการไม่พบการติดเชื้อ

iii. กระบวนการ

I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

(1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- ผู้รับบริการต้องการเข้าถึงบริการทันเวลา ความรวดเร็ว ปลอดภัย กระบวนการดูแลรักษาต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้แก่ MI STROKE SEPSIS

(2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:

- ภารกิจ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู คุ้มครองผู้บริโภค, จัดบริการคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ CKD วันจันทร์ (บ่าย) , เบาหวาน วันอังคาร /พฤหัสบดี ตา (ตรวจตาคัดกรองเบื้องตนโดยพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาทุกวันราชการวันพุธ-พฤหัส โดยจักษุแพทย์ VIP กลุ่มเบิกได้ (จันทร์ -ศุกร์ เวลา 8.00 -12.00 น ยกเว้นวันพฤหัส สุขภาพจิต(วันพฤหัส) วัณโรคพุธที่ 2 ของเดือน , HIV พุธที่ 4 ของเดือน , Clinic Wafarin :วันพุธ,คลินิกฉีดวัคซีนเด็ก วันจันทร์ที่1,3 วันอังคาร เช้า คลินิกให้คำปรึกษาสารสกัดจากกัญชา , วันอังคารบ่าย คลินิก Palliative Clinic

(3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่าง ๆ:

- หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ: แพทย์ พยาบาลตรวจรักษาให้การดูแลตามมาตรฐานการดูและแต่ละวิชาชีพ โดยยึดแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดย CPG, Work Instruction ปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ให้เกิดความปลอดภัย

  -การจัดการปัญหาเพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาล โดยให้บริการเชิงรุกเพื่อกระจายผู้ป่วย จัดระบบคลินิกหมอครอบครัว PCC (Primary Care Cluster) ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน16 แห่ง

  -จัดบริการคลินิกนอกเวลาราชการ ช่วงเวลา 16.30น. - 20.30น. เพื่อลดความแออัดให้แก่ผู้รับบริการ

  - New normal ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง มีนโยบายลดแออัด มีการคัดแยกผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ จัดระบบจ่ายยาที่บ้านได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคจิตเวช ในกลุ่มที่ต้องติดตามอาการ ได้มีCPG ประสานให้รพสต. เก็บLAB เบื้องต้นและนำผลสู่การรักษา หน่วยงานบริการมีช่องทางติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ไม่พบผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ

- เทคโนโลยี:

ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล ใช้โปรแกรม Hospital OS บันทึกข้อมูลการตรวจรักษา เช่น การเตือน การเฝ้าระวัง การแพ้ยา ซึ่งพบผู้รับบริการมีการเฝ้าระวัง หรือ แพ้ยาชนิดใด โปรแกรมจะ Popup แจ้งเตือนทันที

- ช่องทางการปรึกษา Case /Consult /ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร โดยแต่ละกลุ่มงาน/หน่วยงาน ใช้ช่องทางLine สร้างกลุ่มแต่ละกลุ่มปรึกษาปัญหา ช่องทางการติดต่อข้อมูลข่าวสารโดยสร้างกลุ่ม แจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ ครอบคลุมทุกหน่วยงานบริการ

- ความรู้ขององค์กร:

การดำเนินงานของโรงพยาบาล ผู้บริหาร ทีมนำ ยึดมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ โดยกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาชีพที่พึงปฏิบัติในหน่วยงาน เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติม กับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ๆโดยส่งเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรเข้ารับการเรียนรู้ ในสาขาวิชาต่างๆ นำกลับมาพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย คิดค้นนวตกรรมการดูแลผู้รับบริการ โดยโรงพยาบาลได้จัดกิจกรรมการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพในการดูแล CQI ในหน่วยบริการของโรงพยาบาลและในเครือข่ายอำเภอชุมแสง เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม และ 22 สิงหาคม 2562 / มีการส่งเสริมด้านการวิจัยและทบทวนความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่าย มีนวัตกรรมตามเป้าหมายผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ปี2560-2562 (0.22) และอัตราภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (2.23) ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมแสงได้รับคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลNCDดีเด่นระดับประเทศปี2562

- คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น:

เพื่อให้โรงพยาบาลชุมแสงเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยยึด **2P Safety** โรงพยาบาลได้จัดทำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยมองปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางการแก้ปัญหาทำให้ผู้ป่วยผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในด้านการรักษาโดยยึดหลักของความปลอดภัย รวดเร็ว โรงพยาบาลได้จัดกิจกรรมการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพในการดูแล CQI ในหน่วยบริการของโรงพยาบาลและในเครือข่ายอำเภอชุมแสง เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม และ 22 สิงหาคม 2562 นวตกรรมดังกล่าวได้ถูกนำไปปฏิบัติและใช้จริงในงานประจำ ได้แก่ระบบยา การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยติด

เชื้อในกระแสเลือด ในด้านบุคลากร ไม่พบการติดเชื้อจากการทำงาน

- ความคล่องตัว:

เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ด้านกำลังคน เงิน ของ ทำให้มีความพร้อมและคล่องตัวในการดำเนินงานทำให้การดำเนินงานไม่มีข้อติดขัด หรือติดขัดน้อยที่สุด โรงพยาบาลดำเนินงานตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงาน คณะกรรมการบริหารประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างาน การดำเนินงานอยู่ภายใต้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล บริหารจัดการ โดยยึดการเงินการคลัง ติดตามผล การดำเนินงานในแต่ละไตรมาส โดย CFO ของโรงพยาบาล ปี 2562 การเงินอยู่ระดับ 1 ปีปัจจุบัน 2563 อยู่ระดับ 1

- ความปลอดภัย: โรงพยาบาลดำเนินงานภายใต้ความปลอดภัย โดยยึด 2P Safety เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยสูงสุด และนำมาตรฐานสำคัญมาเป็นเข็มมุ่งทีมนำมีการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานดังนี้ ด้านการผ่าตัด พบว่าผ่าตาผิดข้าง = 0 ,ปี2563การติดเชื้อภาพรวม 0.98 ต่อพันวันนอน , VAP ปี2563=0

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	2561	2562	ต.ค.62-มี.ค63
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	0	0	0
การติดเชื้อที่สำคัญในสถาน พยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)			
อัตราการติดเชื้อในรพ./1000วันนอน		1.86	1.61	0.98
VAP		8.26	8.45	0
CAUTI		3.15	2.02	0.43
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	0	0	0
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)			
-Prescribing error		2.92	1.58	1.48
-Pre-dispensing error		1.12	1.38	1.16
-Dispensing error		0.18	0.17	0.06
-R08 Administration error (miss)		0.58	1.16	0.64
-R09 ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ		2.00	1.00	-
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	0	1	0
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8)	10	7	2
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐานIII-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค 4)	4	41	11
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	ไม่พบระดับ E		
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3)	ไม่พบระดับ E		

(4) การควบคุมเอกสาร:

- ศูนย์คุณภาพควบคุมกำกับ ระเบียบ หรือข้อปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การใช้งานโดยหน่วยงาน ทีม ส่ง File ข้อมูลเข้าศูนย์คุณภาพ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตามหลักการเขียนเอกสารคุณภาพ และศูนย์คุณภาพนำเสนอลงนามผู้อำนวยการ ออกเลขที่ควบคุมเอกสาร และประกาศใช้พร้อมสื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ (เอกสาร **WI- PCT-NSO-001 R 00**) ตัวอย่างเช่น

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและการส่งต่อ Clinical Practice Guideline (WI- PCT-NSO-002 R 00)

- แบบฟอร์มปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชุมแสง (WI- PCT-PC-001 R 00)

I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือPDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:

ทบทวนผู้ป่วยเบาหวาน HbA1C <7 (เป้าหมาย>40 %) ปี 2562 = 38.22 % ปี2563 =38.46% ไม่บรรลุเป้าหมาย คลินิก NCD ได้คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ HbA1C มากกว่า 9 มาจัดการใช้รูปแบบการดูแลแบบ HAVEME2 และสมุดคู่คิดพิชิตเบาหวาน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยเบาหวานที่ HbA1C มากกว่า 9ลดลง

- ทบทวนการปฏิบัติงานของงานชันสูตรเพื่อให้มีการตรวจและรายงานผลที่ถูกต้อง ปลอดภัยจึงได้มีการควบคุมงานโดยการตรวจสอบคุณภาพภายในด้วยตนเองทุกวันก่อนการปฏิบัติงานและมีการนำระบบ LIS มาใช้ในการรายงานผลเพื่อลดการคัดลอกอันเป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาดได้พบว่าอัตราการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาดลดลงดังนี้ ปี 2561 คิดเป็น 0.22 % ปี 2562 คิดเป็น 0.10 %

ทบทวนพบว่าการถ่ายภาพเอ็กซเรย์โดยใช้ฟิล์มมีอัตราการถ่ายภาพซ้ำค่อนข้างสูง(จากการที่ภาพไม่ชัด) มีค่าใช้จ่ายสูง รพ.ได้มีการทบทวนและนำระบบดิจิตอลมาใช้แทน(PACS)พบว่าอัตราการถ่ายภาพซ้ำลดลงดังนี้ ปี2560 เท่ากับ 2.30 ปี 2561 เท่ากับ 1.80 ปี 2562 เท่ากับ 1.19 และสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายลงได้

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน: การพัฒนาระบบFast tract การดูแลผู้ป่วย Stroke STEMI บทเรียนที่ได้รับคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยต้องพัฒนาระบบการดูแลครอบคลุมทั้งเครือข่ายจึงได้ขยายการพัฒนาทีมกู้ชีพ กู้ภัยของเครือข่าย รวมทั้งบุคลากรของ รพสต.ให้มีศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและมีการส่งต่ออย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ: การบริหารเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเน้นให้ทุกระดับมีส่วนร่วม ปรับกลยุทธ์ในการจัดบริการเพื่อลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ได้แก่ปรับปรุงการเอกซเรย์เป็นระบบดิจิตอลเพื่อลดการใช้ฟิล์ม พัฒนาระบบบริการที่ก่อให้เกิดรายได้ เช่น การเปิดบริการทางจักษุ / การเปิดคลินิก VIP ในกลุ่มผู้ป่วยเบิกได้ /ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยนอนนานค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปรับระบบ HHC ทำให้ระยะวันนอนค่าใช้จ่ายลดลง

I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

โรงพยาบาลชุมแสง มีการจัดห่วงโซ่อุปทาน เพื่อความมั่นใจในการให้บริการที่มีคุณภาพ มีคณะกรรมการเรื่องต่างโดยผู้บริหารสูงสุดมอบนโยบายๆ ดังนี้

- การคัดเลือก มีเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยกำหนดรายละเอียดคุณสมบัติให้ชัดเจน และตามระเบียบพัสดุ
- การส่งมอบต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การจัดซื้อจัดจ้าง
- การประเมินผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง
- กำหนดให้มีคณะกรรมการทำสัญญาและข้อตกลงร่วมกับคู่สัญญา และมีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่ไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงไว้

I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม

จัดทำโครงการนวตกรรม จัดกิจกรรมภายในเครือข่ายได้รับงบประมาณสนับสนุน การจัดกิจกรรมนวตกรรม และมีผลงาน สรุปได้ดังนี้ ปี 2562 จำนวน 16 เรื่อง

นวัตกรรมคุณภาพหน่วยงาน Chumseang Quality Festival โรงพยาบาลชุมแสง

นำเสนอ วันที่ 24 ก.ค. 2562 ห้องประชุมอินทนิล

จำนวน	หน่วยงาน	เรื่อง
1	แพทย์แผนไทย	ลูกตาล 3 ระดับสกัดเท้าชา/ยาพอกสมุนไพรลดปวดเข่า
2	X-ray	Robot Arm
3	เภสัชกรรม	ปฏิทินยาเตือนใจ
4	กายภาพ	ลูกลักบี้ ขยี้หัวใจ
5	รักษาความปลอดภัย	กรวยจากยางรถจักรยานยนต์
6	IPD	End of Life ด้วยใจพร้อมปลอดภัย ด้วย Model
7	ER	กล่องเตือนช่วยชีวิต
8	งานเวชปฏิบัติ	กล่องสายใยรัก
9	เวชระเบียน	รู้ไว้ เข้าใจบริการ
10	โภชนาการ	นำร่องกล่องเบาหวาน
11	ซักฟอก	ร่วมพลัง ร่วมใจ ลดค่าใช้จ่ายใน รพ
12	จ่ายกลาง	Fix with Color
13	ทันตกรรม	ความลับ
14	ประชาสัมพันธ์	Update เบอร์เพื่อเธอรู้ใหม
15	ประกันสุขภาพ	กล่องพิชิตมลพิษปริ๊นเตอร์
16	แม่บ้าน	ราวแขวนอุปกรณ์ทำความสะอาดจัดระเบียบ กับแว่นตาคนของชาติ
รวม	**16 หน่วยงาน**	

I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก

- สถาบันสมทบในการฝึกอบรมวิชาเวชศาสตร์ชุมชนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 และเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
- สถาบันสมทบในการฝึกอบรมวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาทันตแพทย์ นักศึกษาเภสัชกร
- สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ (งานบริการปฐมภูมิ / งานสร้างเสริมสุขภาพ /สาธารณสุขชุมชน)วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

(1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:

- โรงพยาบาลชุมแสง วิเคราะห์ ต้นทุนบริการโดยคณะกรรมการ CFO พบค่าใช้จ่ายสูงได้แก่ ยา วัสดุมิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม มีการทบทวนการใช้ทรัพยากรโดยปรับปรุงระบบคลังพัสดุ ตั้งแต่การจัดทำแผน การเบิกจ่าย และระบบการจัดซื้อวัสดุแบบไตรมาส ผลลัพธ์เกิดประสิทธิภาพสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

- ค่าใช้จ่ายสูงในผู้ป่วยนอกพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการปรับปรุงแผนการรักษา การ F/U LAB /ผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายสูงพบในผู้ป่วยนอนนาน กลุ่ม Pneumonia Bedridden กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทีม PCT มีการทบทวนแผนการรักษา การดูแลการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ทำให้ LOS และค่าใช้จ่ายลดลง
- ทีมเวชระเบียนมีการทบทวนและปรับระบบการเบิกจ่ายตามค่าDRG

I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)

(1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:

เหตุอุทกภัยปี2554 น้ำท่วมรุนแรง ทำให้น้ำหลากเข้าสู่โรงพยาบาลพื้นที่โดยรอบทำให้เกิดความเสียหายเส้นทางการบริการ เครื่องมือและอุปกรณ์ ผู้บริหาร /ทีมนำประชุมวางแผน แก้ไขโดยทำคันดินกั้นน้ำบริเวณ รอบกำแพงทำให้ระบบน้ำภายนอกไหลเข้ามาในรพ.จัดทำแผนการบริการด้านสาธารธาณสุข เชิงรุกได้แก่การจัดยาโรคเรื้อรัง การกำหนดจุดให้บริการกับประชาชนมีภาวะฉุกเฉินเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล แผนการเคลื่อนย้ายครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าให้เสียหายน้อยที่สุด จัดเตรียมพื้นที่รองรับ

ระบบไฟฟ้าชัดข้อง

พื้นที่อำเภอชุมแสงมีอุบัติการณ์ไฟฟ้าดับบ่อยครั้ง ส่งผลต่อเครื่องมืออุปกรณ์ไฟฟ้า โรงพยาบาลชุมแสงมีเครื่องสำรองไฟขนาด 300 MKV ระบบอัตโนมัติพร้อมใช้ภายในเวลา 5 วินาที ทำให้ระบบอุปกรณ์ไม่เสียหาย

การเฝ้าระวังโรคระบาด และโรคติดต่อ รเฝ้าระวังโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด มีระบบการคัดกรอง แนวทางการดูแลผู้ป่วยมีพื้นที่ห้องแยก พื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยโรค COVID-19 ในหอผู้ป่วย 10 ห้องพิเศษเดี่ยว(ตึกสงฆ) ได้ทำข้อตกลงการใช้พื้นที่โรคระบาด และโรคติดต่อ โดยกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเป็นแนวทางดียวกัน การฝึกซ้อมแผนโรคติดต่อ เป็นประจำทุกปี เช่นไข้หวัดหวัดนก จากการดำเนินการที่ผ่านมาบุคลากรมีความเข้าใจและปฏิบัติถูกต้อง

(2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น: การฝึกซ้อมโรคติดต่ออันตราย ครั้งล่าสุด: บริเวณ จุดคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัย ไม่มีห้องตรวจสำหรับผู้ป่วยสงสัย ทำให้มีความเสี่ยงต่อ การแพร่ กระจายเชื้อ การถอด PPE ไม่ถูกหลัก ดังนั้นจึงได้มีการสรุปใน ICC 2562 กำหนดบริเวณสำหรับตรวจและดแยกผู้ป่วยที่สงสัยโรคติดต่อ และมีการฝึกใส่ -ถอด PPE ใช้ระบบ Buudy ช่วยแนะนำขั้นตอนในการถอด เพื่อความปลอดภัยลดการแพร่กระจายเชื้อ และมีในการถอด PPE ใช้ระบบ Buudy ในการช่วยแนะนำขั้นตอน ในการถอด

ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ: ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ: **โปรแกรม** Hos -OS สำรอง โดยโรงพยาบาลมีเครื่องสำรองแบบ Realtime หากเครื่องหลักมีปัญหา เสียหาย สามารถใช้เครื่องสำรองได้ทันที แต่หากเสียหายเครื่องสำรองด้วยจะมีระบบ Backup Database ไว้สำหรับขึ้นระบบใหม่

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ระบบบริการที่สำคัญ มีระบบ Monitoring ต่อเนื่อง ผู้บริหารกำหนดให้มีเวทีที่สะท้อนข้อมูลปรับปรุงอย่างรวดเร็ว ได้แก่ NCD , จิตเวช,Sepsis , โรคติดต่อในพื้นที่ TB , DHF

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3.5	L	ควบคุมกำกับติดาม ให้มีการดำเนินงานครบถ้วนทุกกระบวนการ
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	3.5	L	ควบคุมกำกับติดตาม ให้มีการดำเนินงานครบถ้วนทุกกระบวนการ
28. การจัดการนวัตกรรม	4.0	L	ประเมินและเรียนรู้ การจัดกระบวนการนวตกรรมเพื่อให้เกิดประโยชสูงสุด
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก	3.5	L	การประเมินและเรียนรู้ การจัดกระบวนการ การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิกเพื่อให้เกิดทักษะและความเชี่ยวชาญ
30. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	3.5	L	การประเมินและเรียนรู้ การจัดกระบวนการภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติเพื่อให้สามารถนำสู่การปฏิบัติ