รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

I-1 การนำองค์กร

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: สัมฤทธิผล ประสิทธิภาพ วัฒนธรรมองค์กร นำด้วยวิสัยทัศน์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**2556**	**2557**	**2558**	**2559**	**2560**
1.อัตราการรับรู้ทิศทางการนำขององค์กรโดยการรับรู้ เข้าใจวิสัยทัศน์ ค่านิยมขององค์กร	≥ 80%	55.38	81.66	86.09	84.08	85.66
2.อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับผลกระทบในชุมชน เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบการจัดการขยะ	0 ครั้ง	0	0	1	0	0
3.อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านธรรมาภิบาล	0 ครั้ง	0	0	0	1	0
4.อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	≥ 1.5	1.88	1.15	2.01	1.46	1.57
5.อัตราส่วนทุนหมุนเร็ว (Quick Ratio)	≥ 1.0	1.65	0.95	1.67	1.29	1.37
6.อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio)	≥ 0.8	1.40	0.58	1.32	1.11	0.91

บริบท: โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์บริหารงานโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มมีจำนวน 12 กลุ่มงาน และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน มีการแต่งตั้งคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพ ทีมต่างๆซึ่งเป็นทีมคร่อมสายงาน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมขององค์กร

วิสัยทัศน์: เป็นผู้นำด้านบริการ ทีมงานมีความสุข ทุกภาคีร่วมใจ ประชาชนทุกวัยสุขภาพดี ภายในปี 2560

ค่านิยม: มุ่งผลสัมฤทธิ์ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม

กระบวนการ:

วิสัยทัศน์และค่านิยม:

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:

- หลังจากที่ได้มีทบทวนวิสัยทัศน์ร่วมกันโดยคณะกรรมการบริหาร หัวหน้างาน และทีมคร่อมสายงานชุดต่างๆ ในปี 2558 – 2560 มีการสำรวจอัตราการรับรู้วิสัยทัศน์องค์กร ของบุคลากร พบว่าบุคลากรมีการรับรู้วิสัยทัศน์ค่านิยมขององค์กร และนำสู่การปฏิบัติได้ เพิ่มขึ้น
- มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มวัย เพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร เช่น
- การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อแก้ปัญหาฟันน้ำนมผุ ในกลุ่มวัยเด็ก และวัยเรียน โดยการจัดทำโครงการส่งเสริมด้านทันตกรรมป้องกันเชื่อมโยงทุกเครือข่ายทั้ง รพ.สต.และโรงเรียน ทำให้สามารถแก้ปัญหาฟันน้ำนมผุได้และมีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น
- การรณรงค์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยการใช้ยาฝังคุมกำเนิด และได้รับความ

ร่วมมือจากแม่วัยใสเป็นอย่างดี

- การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จนได้รับรางวัลผลงานดีเด่นในระดับจังหวัด ในปี 2559 – 2560 และได้เป็นตัวแทนของ สสจ.นครศรีธรรมราชในการนำเสนอผลงาน ระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ในปี 2559- 2560 ปี 2560 ได้รับการคัดเลือกในการนำเสนอผลการดำเนินงาน NCD Plus ระดับภาคใต้ ได้ลำดับที่ 2
- การส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรักสามัคคี และความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร เช่น กิจกรรมทำบุญตักบาตรเนื่องในวันสำคัญต่างๆทางพุทธศาสนา กิจกรรมเลี้ยงรับบุคลากรใหม่ และเลี้ยงส่งบุคลากรที่ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น ทำให้อัตราความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อองค์กรเพิ่มขึ้น ตัวชี้วัดดัชนีความสุขของบุคลากร ในปี 2560 เท่ากับ 64.87%

บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาและบทเรียนที่เกิดขึ้น:

- มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรระดับทีมคร่อมสายงานเป็นคณะกรรมการในทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่างๆ และดำเนินงานโดยทีมเป็นผู้ขับเคลื่อน พบว่า ทีมสามารถดำเนินงานได้โดยใช้มาตรฐานเป็นตัวขับเคลื่อน มีการติดตามผลการดำเนินงานของทีม และการตรวจติดตามจากหน่วยงานภายนอกเช่น การตรวจประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพปี 2560 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่คะแนนร้อยละ 85
- การกำหนดนโยบายในการดำเนินงานต่างๆตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานสุขศึกษา นโยบายด้านสิ่งแวดล้อม นโยบายด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้นำสูงสุดมีการติดตามผ่านการรายงานผลการดำเนินงานในวาระการประชุมคณะกรรมการชุดต่างๆ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- สนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดกิจกรรมของทีม เช่น การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การจัดกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคลากร ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่ดี

บทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและบทเรียนที่เกิดขึ้น:

- ผู้นำสูงสุดได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสอดคล้องกับแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข และส่งเสริมให้มีการรายงานความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ และรับรู้ความเสี่ยงผ่านการรายงานจากคณะกรรมการโดยไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษผู้รายงาน
- หัวหน้างานเป็นผู้นำในการทำ morning talk เรื่องความเสี่ยงเป็นประจำทุกเช้า มีการ round หน้างาน ทำให้ไวต่อการรับรู้ความเสี่ยงและความเสี่ยงที่อาจมีความรุนแรงสูงได้รับการป้องกันแก้ไขได้ทันท่วงที
- ส่งเสริมให้หน่วยงานมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การส่งต่อความเสี่ยงระหว่างเวร , การทบทวนข้างเตียง ,Morning brief อย่างสม่ำเสมอ จากการปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า บางหน่วยงานยังมีการทำกิจกรรมการทบทวนไม่ต่อเนื่อง จึงวางระบบติดตามการทบทวนคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้หน่วยงานมีความเข้าใจและมีการทบทวนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

จุดเน้นขององค์กร และวิธีการสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจให้นำจุดเน้นดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ:

- จุดเน้นขององค์กร

1. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เน้นเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย โดยใช้นโยบาย 2P โดยได้กำหนดกลุ่มโรคสำคัญและแนวทางการเฝ้าระวังโดยการใช้ early warning sigs เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและประเมินอาการผู้ป่วย
2. ใช้นโยบายความปลอดภัย โดยนำแนวทาง patient safety gold : SIMPLE มาทบทวนและทำไปปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น ความปลอดภัยจากการใช้ยา HAD จากการติดตามผลการดำเนินงาน พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด สามารถป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยา HAD ได้ร้อยละ 100

- วิธีการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทีมผู้บริหารมีการประชุมสื่อสารนโยบาย และมอบหมายงานโดยกำหนดทีมที่รับผิดชอบ และติดตามผลการดำเนินงาน สร้างแรงจูงใจโดยใช้ผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือน และมอบรางวัลให้ผู้ที่มีผลงานเด่นในรอบปีที่ผ่านมา
- ผู้บริหาร empowerment ให้ทีมนำด้านต่างๆ รวมถึงหัวหน้างานต่างมีอำนาจในการตัดสินใจในการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถปรับปรุงกระบวนการและวิธีการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานนั้นๆ และสามารถเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ

การกำกับดูแลกิจการ

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลกิจการ:

- มีการทบทวนประสิทธิการทางการเงินการคลัง โดยนำเข้าชี้แจงในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน เพื่อมากำหนดแผน รายรับ/รายจ่ายขององค์กร
- มีการมอบหมายทีมในการตรวจสอบภายใน เพื่อตรวจสอบ ติดตามการดำเนินการด้านการบริหารการเงินการคลังให้มีความโปร่งใส และพิทักษ์ผลประโยชน์ขององค์กร

การปรับปรุงระบบการนำ และ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

- ส่งเสริมให้หน่วยงานมีการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อช่วยลดขั้นตอนในการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของงานเช่น การทำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการควบคุมระบบซ่อมบำรุง โปรแกรมการจองห้องประชุม โปรแกรมการใช้รถราชการ เป็นต้น

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

บทเรียนในการตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- จากการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน พบว่า ในปี 2559 พบการร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากร ผู้บริหารได้สื่อสารและมอบนโยบายด้านการบริการที่ดีให้บุคลากรนำไปปฏิบัติ โดยเน้นคุณภาพบริการโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- กำหนดนโยบาย 2P โดยเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วย มีระบบการประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เน้นการป้องกันความเสี่ยง
- ตรวจสอบสิทธิในการรักษาของผู้ป่วยทุกราย และให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการใช้สิทธิ์ในการรักษา จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ไม่พบข้อร้องเรียนด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล

บทเรียนในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม

- จากการทบทวนค่าใช้จ่ายขององค์กร พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภค เช่น ค่าไฟฟ้า และค่าน้ำประปา มีค่าใช้จ่ายสูง จึงกำหนดเป็นนโยบายในการประหยัดพลังงาน และรณรงค์มาตรการผ่านโปรแกรม HosXP และชี้แจงผลของความร่วมให้บุคลากรทราบ
- มีการทบทวนการแยกขยะ และรณรงค์ให้บุคลากรคัดแยกขยะอย่างถูกต้อง มีระบบการกำจัดของเสีย เช่น ขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ครอบคลุมในเครือข่ายโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานปี 2559 ไม่พบข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อมจากชุมชนใกล้เคียง

บทเรียนในการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย:

- ปฏิบัติตามข้อบังคับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาคารอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานกับศูนย์วิศวกรรมการแพทย์เพื่อเข้ามาตรวจสอบความปลอดภัยตามมาตรฐานเป็นประจำทุกปี และมีการปรับปรุงตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนกระเบื้องหลังคา OPD ปรับปรุงฝ้าเพดานในอาคาร ระบบระบายอากาศ ระบบซ่อมบำรุงหม้อแปลงไฟฟ้า เป็นต้น

บทเรียนในการกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

- มีระบบการรักษาความลับในผู้ป่วย HIV/AIDS และ CSSD โดยมีระบบการให้รหัส และการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น
- กำหนดมาตรการในการป้องกันการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ในเรื่อง การตัดสินใจยุติการรักษา,การรับไว้/ส่งต่อ , จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ (การรักษาความลับและสิทธิผู้ป่วย) โดยร่วมมือกับคณะกรรมการเวชระเบียนในการกำหนดแบบบันทึกและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย จากการดำเนินงานไม่พบการร้องเรียน/ฟ้องร้องกรณีผิดจริยธรรม

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
1. ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร	3	● ส่งเสริมการเรียนรู้ และทักษะในการนำของทีมผู้บริหาร
2. การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี	3	● สนับสนุนให้หน่วยงานเกิดการเรียนรู้และส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง
3. การสื่อสาร ให้อำนาจ ตัดสินใจ จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ	3	● เพิ่มช่องทางในการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยี
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	3	● กำหนดช่วงเวลาในการติดตามผลการดำเนินงาน
5. ความรับผิดชอบต่อ	3	● กำหนดมาตรการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย และดำเนินการ

สาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม		อย่างต่อเนื่อง

I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.จำนวนตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์		29	28	32	45	60
2.ร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามเป้าหมาย	>80%	65.06	65.61	68.75	63.33	70.99

บริบท: คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายของโรงพยาบาลโดยมีเป้าประสงค์ครอบคลุมด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ องค์กรและชุมชน และสื่อสารแผนสู่การปฏิบัติให้ทีมนำและบุคลากรทุกระดับนำแผนปฏิบัติการผ่านหัวหน้างาน และติดตามผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:

- จำนวนผู้รับบริการ โรค NCD มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
- ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น
- รายรับน้อย ค่าใช้จ่ายสูง

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:

- ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี
- มีบุคลากรเพียงพอ
- บุคลากรให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:

- ผู้นำระดับสูงให้การส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาในทุกๆด้าน
- การทำงานเป็นทีม
- การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกันของบุคลากร
- บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

กระบวนการ:

กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

บทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำกลยุทธ์:

- มีการทำ SWOT analysis กำหนดแผนกลยุทธ์ และจัดทำตัวชี้วัดแต่ละกลยุทธ์ โดยทีมนำ และทีมบริหารโรงพยาบาลถ่ายทอดไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติ ผ่านหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน แต่ขาดการติดตามกำกับอย่างสม่ำเสมอ จึงมีการมาทบทวนและกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามตัวชี้วัดตามกลยุทธ์ และทบทวนปรับปรุงแผนทุก 6 เดือน

บทเรียนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:

- มีการนำผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี ข้อมูลการมารับบริการของกลุ่มผู้ป่วย ผลการสำรวจความต้องการของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการทำแผนกลยุทธ์

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
1.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	1.ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ	1.ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ภายในปี 2562	1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ 2.ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 3.ร้อยละของเด็ก 0-12 ปีไม่มีฟันผุ 4.ร้อยละของเด็กนักเรียนเริ่มอ้วน และอ้วน 5.อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 6.อัตราป่วย โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 7.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 9. อัตราตายด้วยโรค ACS 10. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง

ความท้าท้าย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
2.การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่าย ในการจัดการสุขภาพ	2.ภาคีเครือข่ายสามารถดูแลสุขภาพ ส่งเสริมป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างยั่งยืน	2.ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชน เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค DM, HT, Stroke , ACS	1.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ 2.ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพ แบบบูรณาการ
3.การพัฒนาระบบบริหารบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ	3.1บุคลากรมีศักยภาพ มีสมรรถนะที่เหมาะสมตามภารกิจ 3.2บุคลากรมีคุณธรรมจริยธรรม และมีความสุข	1.บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาศักยภาพ และสมรรถนะ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.บุคลากรทีพฤติกรรมบริการที่ดี 3.บุคลากรมีความพึงพอใจ และมีความสุขในการทำงาน	1.ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามภารกิจ 10วัน/คน/ปี 2.อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านคุณธรรม จริยธรรม และพฤติกรรมบริการ 3.ดัชนีความสุข ของบุคลากร
4.การพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ	4.1 ระบบการเงินการคลัง มีประสิทธิภาพ	1.ไม่เกิดภาวะวิกฤติทางการเงิน	1.ระดับความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ7 ของหน่วยบริการ 2.อัตรารายรับ ต่อรายจ่าย
	4.2 มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ	2.ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีคุณภาพนำไปใช้ประโยชน์ได้	1.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 2.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนป่วยใน

ความท้าท้าย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
	4.3 สิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน ปลอดภัย รับผิดชอบต่อชุมชน	1.มีระบบจัดการ อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ ได้มาตรฐาน	3.ความสมบูรณ์ของการส่งออก 43 แฟ้ม 1.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green&Clean hospital 3.อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม จากบุคลากร และชุมชน

การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ

บทเรียนในการนำประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ:

- การส่งเสริมการใช้การใช้องค์ความรู้ในการโรคและภัยสุขภาพ พบปัญหา Teenage pregnancy เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ยาก ต้องอาศัยความร่วมมือกันทุกภาคส่วน โดยจัดโครงการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และท้องไม่พร้อมโดยจัดในโครงการ To be No.one ในโรงเรียนมัธยมศึกษาครอบคลุม ทั้งอำเภอ ได้รับความร่วมมือจากโรงเรียนร้อยละ 100
- ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน โดยเน้นเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มแม่วัยใส โดยรณรงค์การฝังยาคุมกำเนิด จากการดำเนินงานได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

บทเรียนในการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนา:

- ปี 2559 ยังขาดการสรุปผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในแต่ละโครงการ จึงมีการประชุมทบทวนร่วมกันกับทีมผู้รับผิดชอบโครงการต่างๆ ให้มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงในปีต่อไป

บทเรียนในการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน กำลังดำเนินการปรับระบบการประเมินการพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือนตามผลงานเพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ

บทเรียนในการจัดการทรัพยากรอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:

- การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานตามกลยุทธ์มีการทบทวนร่วมกันเพื่อให้มีการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าเนื่องจากพบว่าแผนการดำเนินงานโครงการบางโครงการมีการใช้งบประมาณเกินความจำเป็นและผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

บทเรียนในการติดตามความก้าวหน้า:

- การมอบหมายทีมที่รับผิดชอบติดตาม ทบทวนตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ อย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับรู้ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และได้วิเคราะห์แนวโน้ม เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

บทเรียนในการตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- มีการนำตัวชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายมาทบทวนร่วมกัน และปรับปรุงแผนการดำเนินงานโดยกำหนดให้มีการวิเคราะห์แนวโน้มของผลลัพธ์เป้าหมาย

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงาน / ตัวชี้วัดโดยใช้ IT

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
6. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	3	• ทบทวนแผนร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอ
7. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP	3	• วิเคราะห์ความท้าทายขององค์กรให้ครอบคลุมรอบด้าน และพัฒนาระบบการบริหารจัดการอย่างครอบคลุม
8. การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	3	• ประชุมชี้แจงแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการโดยให้ทีมผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วม
9. การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร	3	• วิเคราะห์ภาระงานตามที่ปฏิบัติจริงเพื่อวางแผนการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม
10. การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า	3	• จัดเวทีให้มีการนำเสนอผลการดำเนินงานและวิเคราะห์แนวโน้มตัวชี้วัดทุก 3 เดือน

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความพึงพอใจ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด[1]	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	≥85%	84.2	84.07	95.65	81.48	81.34
2.ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	≥85%	84.76	83.78	86.66	89.80	88.75
3.ความพึงพอใจต่อบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน	≥85%	83.2	83.2	78.74	68.62	73.93
4.ความพึงพอใจต่อบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	≥85%	87.06	89.52	91.82	92.12	93.2
5.ความพึงพอใจในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช	≥85%	84	86.67	95.6	89.76	93.64
6.ความพึงพอใจต่อบริการกายภาพบำบัด	≥85%	89	87	86.02	92.0	93.5

บริบท: โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ให้บริการเป็นทั้งหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ มีการพัฒนาระบบบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการจัดระบบบริการแบบ one stop service ในกลุ่มผู้ป่วย NCD,TB,จิตเวช ,และคลินิกฟ้าหลังฝนสำหรับบริการผู้ป่วย HIV/AIDS นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมทางเลือกด้านการรักษาให้กับผู้รับบริการ และมีการจัดระบบการบริการด้านการรักษาพยาบาลโดยมีการส่งต่อข้อมูลประสานเชื่อมโยงกับ รพ.สต.ในเครือข่าย

ส่วนการตลาดที่สำคัญ: ประชากรทุกสิทธิ์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):

- ผู้ป่วย OPD (บริการที่รวดเร็ว รอไม่นาน)
- ผู้ป่วย IPD (ไม่แออัด บริการดี สะอาด พูดจาไพเราะ)
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว)
- กลุ่มข้าราชการ (ไม่ต้องสำรองจ่าย ต้องการเข้าห้องพิเศษโดยไม่ต้องรอคิว)
- กลุ่มผู้พิการ (ความช่วยเหลือด้ายกายอุปกรณ์)
- กลุ่มผู้ป่วย HIV (ความเป็นสัดส่วนในการให้บริการ การปกปิดข้อมูล)

ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):

- รพ.สต. (การประสานข้อมูล และการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว)

[1] ระบุตัวชี้วัดเกี่ยวกับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับผลงานกลุ่มต่างๆ จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และตามความต้องการที่สำคัญของผู้รับผลงาน

- โรงพยาบาลรับส่งต่อ (การดูแลก่อนส่งต่อ และการประสานงานที่เหมาะสม)
- บริษัท/ห้างร้าน/ผู้รับเหมา (การเบิกจ่ายเงินตรงตามกำหนด)
- สถาบันการศึกษา/โรงเรียน (ความร่วมมือทางด้านวิชาการ การฝึกอบรม ศึกษาดูงานของนักเรียน)
- ตำรวจ (การประสานงานที่ดี และการอำนวยความสะดวกด้านคดี)
- อสม (ต้องการสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำงาน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดให้มีเพียงพอ)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:

- สปสช.
- สสจ.
- กรมบัญชีกลาง
- สำนักงานประกันสังคม
- บริษัทผู้ประสบภัยจากรถ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญ:

1. Trauma ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะ และกระดูกหัก
2. Non Trauma ได้แก่ Acute MI,Stroke,DM,HT
3. กลุ่มแม่และเด็ก ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกคลอดแรกเกิดน้ำหนักน้อย
4. โรคระบาดในพื้นที่ ได้แก่ ไข้เลือดออก , TB

กระบวนการ:

ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

วิธีการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการ:

- ติดตู้รับฟังความคิดเห็นครอบคลุมทุกพื้นที่บริการ โดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการเปิดตู้ทุกวันในเวลาราชการ ข้อร้องเรียนผ่านตู้แสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นเรื่องร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ มีการชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปรับปรุง พร้อมทั้งกำหนดเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ปี 2560 พบว่าข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการมีจำนวนลดลง
- จากสอบถามความพึงพอใจจากผู้รับบริการ โดยวิธีสุ่มทุก 6 เดือน ความคิดเห็นผ่านแบบสำรวจความพึงพอใจส่วนใหญ่เป็นเรื่องสิ่งแวดล้อมเรื่องความแออัด ความสะอาดของห้องน้ำห้องส้วม มีการปรับปรุงโดยการเพิ่มรอบในการเข้าดูแล และปรับปรุงตามมาตรฐาน HAS ปี 2560 พบข้อร้องเรียนลดลง

วิธีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- จัดระบบบริการด่านหน้า โดยเพิ่มจุดพยาบาลคัดกรอง Smart Screening เพื่อคอยดูแล อำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการทุกระดับ

- มีการปรับระบบบริการในคลินิก NCD โดย จัดกลุ่ม self help group เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
- ปรับปรุงระบบบริการ ช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกรวดเร็ว

การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- สนับสนุนบุคลากรในการไปร่วมกิจกรรมร่วมองค์กรภายนอก เช่น ออกหน่วยปฐมพยาบาลงานแข่งขันกีฬา ทั้งในระดับโรงเรียน เทศบาล และจังหวัด
- ให้สิทธิ์ในการเข้ารับบริการห้องพิเศษกับ อสม.โดยจ่ายค่าห้องครึ่งราคา
- มีการให้ข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับบริการทุกแผนก และมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขณะรอรับบริการ เช่น OPD มีกิจกรรมการให้สุขศึกษาด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้แนวทางการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ในตอนเข้าขณะรอแพทย์
- มีการทบทวนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการรักษากรณีที่ต้องตัดสินใจยุติการรักษา และกรณีต้องส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ช่องทางการค้นหาข้อมูล:

- โรงพยาบาลมีช่องทางการค้นหาข้อมูลในช่องทางที่หลากหลาย เช่น ตู้แสดงความคิดเห็น ผ่านแบบสอบถาม ผ่านการสัมภาษณ์จากผู้รับบริการโดยตรง กิจกรรม quality round โดยทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และจากการทบทวนเวชระเบียน เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานและระบบบริการ เช่น การปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สิ่งแวดล้อม ระบบระบายอากาศ การทบทวนเวชระเบียน (การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก ระบบการบันทึกเวชระเบียนและการพิทักษ์สิทธิ์)

ช่องทางการเข้ารับบริการ:

- เปิดระบบการรับปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมงในคลินิก NCD งานฝากครรภ์และห้องคลอด งานผู้ป่วยใน
- แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานบริการ EMS เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยโทรศัพท์สายตรง 075-449111 สามารถออกให้บริการผู้ป่วยได้ภายใน 5 นาทีหลังรับแจ้งเหตุ
- ระบบการปรึกษาผ่านโทรศัพท์ ระหว่าง รพ.สต.กับแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน

ช่องทางการร้องเรียน:

- ร้องเรียนด้วยวาจาโดยตรงกับผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล
- ผ่านตู้แสดงความคิดเห็น
- มีศูนย์รับเรื่องร้องเรียนเปิดบริการในวันราชการ
- ทางจดหมาย และผ่านสื่อ เช่น กระดานสนทนาของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ผ่าน web site ของโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม:

- คำร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ
  จากการทบทวนพบว่า มีข้อร้องเรียนเรื่องการพูดจาไม่ไพเราะจากแพทย์และพยาบาล และการเฉยเมยไม่เอาใจใส่ มีการชี้แจงข้อมูลกลับไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรงกรณีที่คำร้องเรียนมีการระบุตัวบุคคล ปี 2557 – 2560 ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการมีแนวโน้มลดลง
- คำร้องเรียนด้านคุณธรรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์
  จากการรวบรวมข้อมูล ไม่พบคำร้องเรียนด้านการละเมิดสิทธิ์ผู้ป่วย แต่ทีมผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและส่งเสริมให้ บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตาม จริยธรรมวิชาชีพอย่างเคร่งครัด
  คำร้องเรียนด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม
- คำร้องเรียนเรื่องความแออัดในแผนกผู้ป่วยใน
  มีปัญหาโดยการจัดโซนรับผู้ป่วย และอธิบายให้กับผู้รับบริการทราบทุกครั้ง ปี 2559 ดำเนินการก่อสร้างอาคารรับผู้ป่วยพิเศษ ตึก 4 ชั้น และสามารถเปิดให้บริการผู้ป่วยได้ในเดือน เมษายน 2560 ทำให้ความพึงพอใจด้านอาคารสถานที่เพิ่มขึ้น

ข้อมูลแสดงประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน:

- มีการกำหนดแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียน และแผนดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนโดยมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน ผลการดำเนินงาน สามารถตองสนองและจัดการข้อร้องเรียนได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

การประเมินความพึงพอใจ

ความครอบคลุมในการรับ prompt actionable feedback:

- รับการสะท้อนข้อมูลผ่านเวทีการประชุมอสม.ผู้นำหมู่บ้าน และอปท.ทุกครั้งที่มีการประชุม ซึ่งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมบริการ และระบบบริการในภาพรวมเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น
- ปี 2559 ผลการประเมินความพึงพอใจของแผนก OPD ร้อยละ

การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น:

- จัดระบบบริการ one stop service ในกลุ่มผู้ป่วย NCD / จิตเวช / TB / HIV โดยกำหนดวันที่ให้บริการและใช้ระบบนัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเข้ารับบริการ
- จัดระบบห้องให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ เพื่ออำนวยความสะดวก และให้คำปรึกษาแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคซึมเศร้าโดยใช้ข้อคำถาม 2Q /9Q / ผู้มารับบริการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด HIV เป็นต้น

สิทธิผู้ป่วย

บทเรียนในการสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:

- เน้นด้านพฤติกรรมบริการ เนื่องจากพบว่ายังมีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรม

บริการที่ดี การแต่งกายถูกต้องตามระเบียบ

- บุคลากรให้ความสำคัญในเรื่องของการป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย โดยมีการปฏิบัตินามแนวทางที่กำหนดไว้ จากการเก็บข้อมูลไม่พบว่ามีข้อร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:

- การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ HIV โดยใช้รหัสเฉพาะ และการกำหนดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ 100% ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยความลับผู้ป่วย

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- มีการจัดห้องสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ โดยการสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วย และการจัดการสิ่งที่ยังค้างคาใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ):

- ระบบงานผู้ป่วยนอกจัดคิวตรวจสำหรับผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการ และให้คิวด่วนในเด็กเล็กเพื่อป้องการการติดเชื้อ
- จัดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นรถเข็นนั่ง ปรับพื้นที่ทางลาด และห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้บริการ
- สำรวจและขึ้นทะเบียนคนพิการในพื้นที่ และประสานองค์กรภายนอกในการขอสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีข้อมูลสถานการณ์การคนพิการ ของอำเภอร่อนพิบูลย์ ตั้งแต่ 1ตุลาคม 2554 – 22 กันยายน 2560

จำนวน 1,420 ราย ดังตาราง

ประเภทการพิการ	ทางการมองเห็น	การได้ยิน หรือการสื่อความหมาย	ทางการเคลื่อนไหว	ทางจิตใจและพฤติกรรม หรือออทิสติก	ทางสติปัญญา	ทางการเรียนรู้	พิการมากกว่า 1 ประเภท
จำนวน (ราย)	92	362	694	136	96	37	3

ได้ดูแลช่วยเหลือโดย

- ศูนย์เด็กพิการ ม.15 ต.ร่อนพิบูลย์ มีผู้รับบริการ 14 ราย ได้รับความช่วยเหลือจากทีมนักกายภาพบำบัดและภาคีเครือข่ายโดยจัดกิจกรรมกลุ่มเด็กพิการและผู้ดูแลทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน
- จัดทีมในการออกให้บริการในชุมชนเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยมีนักกายภาพบำบัดออกไปดูแลและบำบัดใน รพ.สต.ใกล้บ้านโดยใช้งบ อบต. ปี 2557-2560 เปิดศูนย์เด็กพิการ สระพัง มีผู้รับบริการ 3 ราย ได้รับการดูแลจนสามารถเข้าโรงเรียนคนพิการได้
- สนับสนุนกายอุปกรณ์ โดยการให้ยืมทั้งหมด 31 รายการ ได้แก่ ไม้ค้ำยัน จำนวน 19 คู่ walker จำนวน 11

ชิ้น และ รถเข็น จำนวน 1 คัน

บทเรียนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด:

- จัดทำแนวปฏิบัติในการแยกผู้ป่วย และจัดสถานที่ไว้เหมาะสมตามหลักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ก่อนแยกผู้ป่วยมีการให้ข้อมูล ความจำเป็นในการแยกผู้ป่วยและญาติก่อนทุกครั้ง
- มีระบบในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยที่ต้องผูกยึดมีการชี้แจงให้ญาติทราบก่อนทุกครั้ง และดัดแปลงอุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกยึดให้มีความสะดวก และปลอดภัยมากขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการผูกยึด

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การปรับปรุงการรับฟัง สร้างความสัมพันธ์ ติดต่อ ประเมินความพึงพอใจ ติดตามข้อมูลป้อนกลับ

- ปรับวิธีการประเมินความพึงพอใจโดยแยกตามกลุ่มผู้มารับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้ตรงประเด็น

การปรับปรุงเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

- มีแนวทางปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
11.การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	3	● ปรับระบบการรับฟังข้อร้องเรียนผ่าน web site
12.การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน	3	● ระบบการจัดการคำร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ
13.การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง	3	● ปรับรูปแบบในการประเมินความพึงพอใจ
14.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป	3	● ปรับปรุงแนวทางในการให้ข้อมูลที่จำเป็นในกลุ่มผู้ป่วย และผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
15.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ การแยก/ผูกยึด)	3	● ระบบการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ● ทบทวนแนวทางในการแยกผู้ป่วยและการผูกยึด

I-4 การวัด วิเคราะห์ performance ขององค์กร และการจัดการความรู้

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.จำนวนครั้งในการเกิด systems down	≤ 5 ครั้ง/ปี	NA	NA	3 ครั้ง	3 ครั้ง	1 ครั้ง
2.Information systems response time (sec)	< 15 sec	10	10	10	10	10
3.ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ IT สารสนเทศ	≥ ร้อยละ 85	82.21	85.65	96.52	92.78	97.63
4.ความทันเวลาในการตอบสนองความต้องการข้อมูล	≥ ร้อยละ 90	90	85	95	96.65	97.21
5.ความสมบูรณ์ของการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม	≥ ร้อยละ 95	87.2	91.1	99.4	99.5	100

บริบท: การวัด วิเคราะห์ performance ขององค์กร และการจัดการความรู้ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ที่กำหนดกลยุทธ์ให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลสารสนเทศ มีการใช้โปรแกรมHosXP ในการให้บริการผู้ป่วย มีคณะกรรมการสารสนเทศ ในการตรวจสอบแก้ไขเพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์มาใช้ในการพัฒนาระบบการทำงาน ส่วนการจัดการความรู้ เน้นการพัฒนาการจัดเก็บ รวบรวมความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างนวัตกรรม ช่วยในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

กระบวนการ:

การวัดผลงาน

กลุ่มตัวชี้วัดที่มี alignment ทั่วทั้งองค์กร:

ด้านคุณภาพการบริการ

ทีมนำมีการเยี่ยมหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสื่อสารให้บุคลากรทุกคนเข้าใจถึงเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

- ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน
- ความสมบูรณ์ของการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม

ด้านการเงิน เน้นเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย

1.ระดับความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการ

2.อัตรารายรับต่อรายจ่าย

ด้านบุคลากร

1.จำนวนข้อร้องเรียนด้านคุณธรรม จริยธรรมและพฤติกรรมบริการ

2. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามภารกิจ 10 วัน/คน/ปี

3.ดัชนีความสุขของบุคลากร

ตัวอย่างการตัดสินใจ/นวัตกรรมที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด:

1.เนื่องจากการติดตามตัวชี้วัดของคณะกรรมการสารสนเทศ ไม่สามารถทำอย่างสม่ำเสมอ จึงพัฒนาโปรแกรมติดตามตัวชี้วัดทาง website เพื่อผู้บริหารและผู้ปฏิบัติสามารถติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยปรับปรุงข้อมูล อย่างน้อย 3 เดือนครั้ง

2.พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วย NCD ทำให้ ปี 2560 มีผลการดำเนินงานได้เป็นลำดับที่ 1 ในโรงพยาบาลขนาดกลางในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการนำเสนอผลงานและการประเมินในระดับจังหวัดในปี 2559-2560 ได้ลำดับที่ 1 ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด และเป็นตัวแทนโรงพยาบาลชุมชนเพื่อคัดเลือกเข้านำเสนอผลงานระดับเขต

การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุง performance ขององค์กร

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล performance ขององค์กรในรอบปีที่ผ่านมา:

- การพัฒนาคุณภาพระบบงาน การจัดทำโครงการ ตัวชี้วัดบางตัวยังไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และวิสัยทัศน์ขององค์กร ทีมจึงได้มีการทบทวนร่วมกันในด้านการจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน/โครงการ และกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันโดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ

ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง performance ขององค์กร:

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง
- พัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความพึงพอใจ และความปลอดภัย

การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

IT module ที่มีใช้งานอยู่ในปัจจุบัน:

- มีการนำโปรแกรม HosXP มาใช้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2550 ซึ่งสามารถอำนวยความสะดวกในการลงบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการ

- ระบบ internet และ intranet

IT module ที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนที่จะพัฒนาในอนาคต:

- มีแผนพัฒนา DATA center ระดับอำเภอ

ความพร้อมใช้งานต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน:

- มีระบบไฟฟ้าสำรอง สามารถจ่ายไฟทดแทนได้ภายใน 7 วินาที
- ระบบ server ไฟฟ้าสำรองสามารถใช้งานได้ต่อเนื่องมากกว่า 30 นาที
- กรณีอัคคีภัย,น้ำท่วม สามารถเคลื่อนย้าย NAS storage ได้ทันที

การจัดการความรู้ขององค์กร

การจัดกิจกรรมการจัดการความรู้:

- หน่วยงานย่อย จัดประชุมประจำเดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการที่ได้ไปอบรมจากหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

การนำความรู้มาออกแบบระบบงาน/สร้างนวตกรรม:

- จากการทบทวนเรื่องการควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารกแรกเกิด พบปัญหาอุณหภูมิกายต่ำในระหว่าส่งต่อ จึงมีการทำนวัตกรรม อบอุ่นกายภายใต้เสื้อ โดยดัดแปลงผ้าห่อตัวทารกเพื่อควบคุมอุณหภูมิ ผลลัพธ์พบว่าสามารถควบคุมอุณหภูมิกายทารกให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ปี 2557-2560 มีทารกที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 32 ราย สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ ร้อยละ 100
- นำแนวคิด LEAN มาออกแบบระบบการเป่าลมไล่หยดน้ำในสายออกซิเจนก่อนนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ โดยประดิษฐ์นวัตกรรม มือเสียบ เหยียบลมไล่ สายแห้งไว โดยการนำวัสดุเหลือใช้มาดัดแปลง สามารถลดระยะเวลาในการทำงานได้ 50%

คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ ความรู้

บทเรียนในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ:

- ทีมสารสนเทศกำหนดแนวทางในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล โดย ห้อง server แยกไว้เฉพาะและกำหนดสิทธิในการเข้าถึง และแก้ไขข้อมูลในโปรแกรมโดยใช้รหัสผ่านเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น
- ผู้ใช้โปรแกรม มีรหัสเฉพาะบุคคลในการลงบันทึกข้อมูล และจำกัดสิทธิการเข้าถึงเฉพาะในส่วน/งานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ใช้งานบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสผู้อื่นที่เปิดค้างไว้ จึงได้กำหนดเวลาในการออกจากระบบหลังจากที่ไม่ใช้งานทุก 15 นาที
- มีการ update โปรมแกรม HOSxP เป็นระยะเวลาสม่ำเสมอทุกปี และสำรองข้อมูลตลอดเวลา

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

การปรับปรุงระบบการวัด performance ขององค์กร:

- การกำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดแต่ละตัว เพื่อติดตามอย่างสม่ำเสมอ

การปรับปรุงการจัดการความรู้

- จัดเวทีนำเสนอผลงานในระดับเครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง ปี 2560 มีผลงานวิชาการ / CQI / นวัตกรรม เพื่อนำเสมอทั้งหมด 15 เรื่อง

การปรับปรุงความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ

- มีการกำหนดรหัสในการเข้าถึงข้อมูล และกำหนดสิทธิการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม HOSxP และตั้งเวลาออกจากโปรแกรมหลังจากไม่ได้ใช้งานทุก 15 นาที

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
16.ระบบการวัดผลการดำเนินงาน	3	● ปรับปรุงตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน
17.การวิเคราะห์ข้อมูล และการทบทวนผลการดำเนินงาน	3	● นำผลการวิเคราะห์และทบทวนผลงานมาปรับปรุงระบบงาน/นโยบายสำคัญ ให้ครอบคลุม สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์
18.การจัดการสารสนเทศ	3	● พัฒนาโปรแกรมในการบันทึกข้อมูลให้สอดคล้องกับความต้องการใช้งานให้เหมาะสมตามตัวชี้วัดที่ต้องการ
19.การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	3	● นำข้อกำหนดของระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศมาปฏิบัติ
20.การจัดการความรู้	3	● ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.ความพึงพอใจของบุคลากร	ร้อยละ 80	60.27	78.56	78.96	76.88	77.56
2.ความผูกพันต่อองค์กร	ร้อยละ 80	75.55	76.72	86.28	86.72	86.78
3.อัตราการคงอยู่/ลาออกของบุคลากร	≤3 %	3.04	1.79	5.08	1.74	3.91
4.ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ 100	96.96	85.58	96.55	91.44	95.60
5.ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI น้อยกว่า 23	ร้อยละ 50	54.71	56.31	76.79	50.74	53.40
6.จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง	0	1	2	4	2	1
7.จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อวัณโรครายใหม่	0	0	0	0	0	0

บริบท: คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน โดยมีแพทย์เป็นประธาน และหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปเป็นเลขานุการ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องเหมาะสมและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรและผู้รับบริการ และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน

กระบวนการ:

การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

บทเรียนในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

- ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในงานที่รับผิดชอบ โดย
  1. การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกรายที่รับเข้าทำงานโดยทีม
  2. การปฐมนิเทศหน้างาน
  3. การจัดอบรมวิชาการและส่งเสริมให้ได้รับการอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
  4. จัดกิจกรรมการนำเสนอผลงานเด่นประจำปี
- สร้างขวัญกำลังใจและส่งเสริมบรรยากาศที่ดี
  1. การยกย่องเชิดชูบุคลากรที่มีผลงานที่ดี
  2. จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร เช่น กิจกรรมกีฬาสี กิจกรรมปีใหม่ กิจกรรม 5ส big cleaning day
  3. จัดสรรบ้านพักอาศัยให้บุคลากรที่มีความจำเป็นและไม่สะดวกในการเดินทางมาปฏิบัติหน้าที่ยามวิกาล เช่น แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานเวรผลัด เพื่อความสะดวกและปลอดภัย
  4. จัดงบสวัสดิการในการดูแลเมื่อเจ็บป่วยสำหรับบุคลากรและญาติสายตรง และในกรณีเสียชีวิตจัด พวงหรีด และเงินทำบุญ 1,000 บาท พร้อมร่วมเป็นเจ้าภาพสวดพระอภิธรรม 1 ครั้ง

บทเรียนในการใช้ performance management system:

- มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรปีละ 2 ครั้งตามเกณฑ์พิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือน ปี 2560 ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาโดยการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการประเมินสมรรถนะรายบุคคลมาประกอบการพิจารณาเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน

การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

learning need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มบุคลากร	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
คณะกรรมการบริการ/ทีมนำ	-การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA	-อบรมหลักสูตร HA จัดโดย สรพ. -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในระดับจังหวัด จัดโดย สสจ.
หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน	-หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น -หลักสูตรผู้บริหารทางการพยาบาล -การพัฒนาคุณภาพ หัวหน้าพาทำ	-ส่งเข้ารับการอบรมกับหน่วยงานภายนอก -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และโรงพยาบาลอื่นในระดับจังหวัด
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล	-ตามงานหลักที่รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงาน -การช่วยฟื้นคืนชีพ -การอ่าน EKG -ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล	-ส่งเข้าอบรมกับหน่วยงาน/โรงพยาบาล/สถาบันที่จัดอบรม -จัดอบรมภายในโดยเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช -Bed side review ,กิจกรรมการเรียนรู้ในขณะปฏิบัติงาน

บทเรียนในการกำหนด leaning need (รวมทั้งการเชื่อมโยงกับข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วย):

- จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน โดยการสำรวจความต้องการในการอบรมและพิจารณาความเชื่อมโยงในงานที่ได้รับมอบหมาย/ job description และความต้องการขององค์กร
- มีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเครือข่าย เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น):

- งาน ER เน้นการทบทวนความรู้ทางวิชาการ การใช้เครื่องมือที่ทันสมัย และแนวทางการปฏิบัติงานให้มีความทันสมัยมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย fast track
- งานห้องคลอด ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม NCPR และการทำคลอดรกแบบ Active Management โดยร่วมกับโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ครอบคลุมบุคลากร 100%

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

- การทบทวนร่วมกันกับทีมคร่อมสายงาน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบงานและเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน เช่น การทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้มีระบบในการเชื่อมโยงลงสู่ชุมชนโดยทีม HHC เพื่อการให้ข้อมูลและเสริมพลังให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสามารถเข้าใจ และรับรู้ช่องทางในการขอ/เข้ารับบริการ
- การเพิ่มช่องทางในการค้นหาความรู้ผ่าน internet และในระบบ HosXP ทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางวิชาการได้สะดวก และรวดเร็ว

ความผูกพันของบุคลากร

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน/ความพึงพอใจของบุคลากร และผลการศึกษา:

- ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ได้แก่ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคลากรมีความเหนื่อยล้า มีการทบทวนด้านการจัดอัตรากำลัง และการเสริมอัตรากำลังกรณีภาระงานเกิน ได้ปรับเพิ่มค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยเทียบเคียงกับโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้บุคลากร ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

บทเรียนในการปรับปรุงระบบงานเพื่อสร้างความผูกพันกับบุคลากร:

- มีการทบทวนและปรับระบบการบริหารอัตรากำลังแบบมีส่วนร่วม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดอัตรากำลังทดแทน และการให้ความช่วยเหลือในระหว่างทีม/หน่วยงาน ส่งผลให้บุคลากรทุกระดับมีความผูกพันกันมากขึ้น
- จัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และรักองค์กร จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามพบว่า บุคลากรมีความรักและผูกพันต่อองค์กร ร้อยละ 86.78

ขีดความสามารถและความเพียงพอ

ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอ และการตอบสนอง:

- การประเมินสมรรถนะบุคลากรทุกระดับ พบว่า บุคลากรผ่านการประเมินตามเกณฑ์ร้อยละ 100
- จากการวิเคราะห์ภาระงาน พบว่า ทุกหน่วยงานมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล มีการจัดทำแผนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้านความต้องการอัตรากำลัง และจัดระบบบริหารอัตรากำลัง และการจัดอัตรากำลังสำรองเพื่อเตรียมพร้อมกรณีฉุกเฉิน และภาระงานเกิน

บทเรียนในการบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

- มีการปรับระบบการมอบหมายงาน และการจัดสรรบุคลากรไปปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ขาด เช่น การจัดเวรเสริมนอกเวลาราชการหมุนเวียนไปช่วยงานจ่ายกลางซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอ(บุคลากรที่เป็นกำลังเสริม ได้รับการปฐมนิเทศ และฝึกปฏิบัติจนมีความชำนาญ)

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการตอบสนอง:

- จากการสำรวจความต้องการของบุคลากร พบว่าบุคลากรมีความต้องการให้มีการจัดกิจกรรม เช่น การไปศึกษาดูงานนอกสถานที่ แต่ด้วยโรงพยาบาลประสบปัญหาด้านการเงิน จึงได้ปรับรูปแบบในการทำกิจกรรม

ร่วมกันภายในโรงพยาบาล เช่น กิจกรรมทำบุญปีใหม่ การทำบุญตักบาตรเนื่องในโอกาสวันสำคัญต่างๆ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับเป็นอย่างดี

บรรยากาศการทำงาน

นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

- โรงพยาบาลมีนโนบายในการจัดสถานที่ทำงานให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Happy workplace โดยส่งเสริมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ทำงานให้น่าอยู่ น่าทำงาน และส่งเสริมด้านคุณธรรมจริยธรรม
- บุคลาการทุกระดับ ได้รับสิทธิพึงได้ตามระเบียบบริหารงานบุคคล

สุขภาพบุคลากร

บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร:

- โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โดยเน้นการการสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกาย ติดตามดัชนีมวลกายประจำเดือน โดยการเชื่อมกับนโยบายของ สสจ.นครศรีธรรมราช

บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ:

- เน้นนโยบายความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัยให้แก่บุคลากร โดยสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันในขณะปฏิบัติงาน เช่น
    - ระบบการป้องกันรังสี เน้นการตรวจสอบตามมาตรการความปลอดภัย ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐาน
    - การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ในขณะปฏิบัติงาน พบว่า อัตราการใช้ PPE เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
    - จากการเก็บข้อมูลยังพบปัญหา พนักงานทำความสะอาดสวมใส่อุปกรณ์ไม่ครบในขณะขนย้ายขยะติดเชื้อ จึงได้จัดอบรมส่วนบุคคลซ้ำเพื่อให้เห็นความสำคัญ
- มีการจัดระเบียบร้านค้า แผงลอยที่เข้ามาขายอาหาร/เครื่องดื่มในโรงพยาบาล โดยการชี้แจงและขอความร่วมมือในการขายเครื่องดื่มเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หลีกเลี่ยงชาเย็น กาแฟเย็น เนื่องจากในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า มีการนำเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ ที่มีปริมาณน้ำตาลสูงเข้ามาขายในโรงพยาบาล ทำให้ง่ายต่อการบริโภค
- นโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายทุกวันตอนเช้าอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บป่วยจากการทำงาน:

- มีการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และการจัดสถานที่ ท่าทางในการทำงานให้ถูกต้องตามหลักอาชีวอนามัย บุคลากรที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการตรวจสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 100 เช่น ตรวจการได้ยิน ตรวจตา ไม่พบบุคลากรที่มีปัญหาด้านการได้ยิน และปัญหาทางตา

ความครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันโรค:

- ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ประจำปี ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ ร้อยละ 100

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเพิ่มความพึงพอใจ
- พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุข

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
21.ความผูกพันและความพึงพอใจ	3	● นำผลการประเมินมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
22.ระบบค่าตอบแทนและแรงจูง	3	● ส่งเสริมการสร้างผลงาน และสร้างแรงจูงใจโดยการปรับระบบการประเมิน ตาม KPI
23.ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ	3	● ส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนา CQI นวัตกรรม และสนับสนุนการอบรมและนำเสนอผลงานในระดับจังหวัด ● พัฒนาผู้นำ โดยจัดทำแผนพัฒนา และการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น
24.การบริหารและจัดระบบบุคลากร	3	● วิเคราะห์อัตรากำลัง และจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และมีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง
25.สุขภาพของบุคลากร	3	● พัฒนาบุคลากรให้เป็นบุคคลต้นแบบ และเป็นผู้นำในการสร้างเสริม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

I-6 การจัดการกระบวนการ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: คุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความสำเร็จขององค์กร การเรียนรู้						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**2556**	**2557**	**2558**	**2559**	**2560**
1.ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 90	NA	48.65	55.02	68.69	70.12
2.ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ไม่เกินร้อยละ5	6.68	12.74	2.80	11.93	9.63
3.ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	ไม่เกินร้อยละ10	4.74	5.48	3.17	5.44	4.46
4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C < 7	ร้อยละ 40	51.19	55.05	57.98	75.06	67.10
5.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ < 140/90 mmHg.	ร้อยละ 70	71.07	82.25	89.71	75.87	81.51
6.ร้อยละของการวินิจฉัยและส่งต่อผู้ป่วย STEMI ได้ภายใน 30 นาที	ร้อยละ 100	21.42	30.30	31	47.62	18.18
7.ผู้ป่วยที่มีภาวะ stroke ได้รับการรักษาทัน Golden period (จำนวนผู้ป่วยเข้า FAST/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	ร้อยละ 100	NA	NA	68	76	98
8.ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี	ไม่เกินร้อยละ18	13.33	9.17	17.28	28.73	17.24

บริบท:

Core competency ขององค์กร: การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

กระบวนการ: มีการทบทวนผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้ม และค้นหาโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Core competency:

การพัฒนาหรือเพิ่มพูน core competency ขององค์กร:

- ติดตามผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทุก 6 เดือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมด้านวิชาการ โดยสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก NCD และใน รพ.สต.เครือข่าย ได้รับการอบรม case manager และ mini case manager ครอบคลุม 100%
- จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวางแผนในการดำเนินงาน โดยมีคณะกรรมการ NCD Board และการจัดตั้งชมรมโดยดึงผู้แทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
- พัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ และจัดตั้งคลินิก DPAC ในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งบุคลากรและผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

การออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงานโดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก:

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCD แบบครบวงจร โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติของ สปสช. และประสานความร่วมมือกังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมชุมชนลดเสี่ยงลดโรค และการรณรงค์การคัดกรองภาวะเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็นอสม.เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาและดูแลทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
- พัฒนาระบบ FR เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มระบบหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)

ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่ รพ.มีโอกาสเผชิญ:

- อุบัติเหตุหมู่จากการจราจร เนื่องจากอำเภอร่อนพิบูลย์มีถนนสายหลัก 403 และเชื่อมเส้นทางจราจรไปยังหลายจังหวัด มีรถทัวร์ผ่านเส้นทางช่องเขาและเกิดอุบัติเหตุบ่อย โรงพยาบาลมีแผนในการรองรับอุบัติเหตุหมู่เป็นประจำทุกปี โดยความร่วมมือของ สภ.ร่อนพิบูลย์ และมูลนิธิอาสากู้ภัย และมีการทบทวนแผนร่วมกับ สภ.ร่อนพิบูลย์ ปีละ 1 ครั้ง

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

- จากการซ้อมแผนรับอุบัติเหตุ/อุบัติภัยหมู่ เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2558 จากการทบทวนหลังซ้อมแผนร่วมกับผู้กำกับ สภ.ร่อนพิบูลย์และทีมภาคีเครือข่าย อาสาสมัครมูลนิธิ พบว่า การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บและการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุยังไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน และขาดทีมสุขภาพจิตเข้ามาคอยดูแลด้านจิตใจของผู้ประสบเหตุ มีการปรับปรุงระบบงาน โดยจัดทีมสุขภาพจิตลงให้ความช่วยเหลือและดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ กรณีเกิดความสูญเสียอวัยวะ พิการ ตลอดจนกรณีเสียชีวิต

การออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการทำงาน

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือPDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ:

- ทุกหน่วยงานทบทวน service profile และเป้าหมายของหน่วยงาน โดยมีการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีการทบทวนกระบวนการหลักของแต่ละงานได้ชัดมากขึ้น ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบงานสอดคล้องกับเป้าหมายและวิสัยทัศน์ขององค์กร
- หน่วยงานมีความเข้าในกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้น มีการใช้ 3P ในการทบทวนผลการดำเนินงาน และมีกิจกรรมการทบทวนในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน:

- มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมาย และมีระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจนมากขึ้นในการติดตามกำกับ และพัฒนาคุณภาพระบบงาน เช่น การสร้างองค์ความรู้ให้บุคลากรในการใช้ early warning signs เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก พบว่าบุคลากรสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุมมากขึ้น
- หน่วยงานมีการทำกิจกรรมการทบทวนคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ และมีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น

บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:

- ปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยกระจายผู้ป่วยกลับไปรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลักในเขตพื้นที่ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการเดินทางของผู้ป่วย และจัดแพทย์หมุนเวียนออกตรวจแบบ extend OPD ใน PCU หลัก

การเชื่อมโยง นวัตกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้:

- จัดเวทีในการนำเสนอผลงานเด่นและนวัตกรรมปีละ 1 ครั้งในภาพรวมของเครือข่าย ล่าสุดในเดือนกรกฎาคม 2560

การพัฒนาคุณภาพที่มีการขยายผลไปใช้ทั่วทั้ง รพ.:

- การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง หน่วยงานมีความตื่นตัวในการค้นหาและป้องกันความเสี่ยง และมีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น
- ระบบงาน IC มีคณะกรรมการเป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงาน
- ระบบ fast track ในการดูแลผู้ป่วย Stroke และ STEMI
- การเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินในหน่วยงาน และแนวทางในการขอความช่วยเหลือและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบ NCD คุณภาพ ANC คุณภาพ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก
- การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
- ระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke , STEMI
- ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
26.การกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรและการออกแบบระบบงานโดยรวม	3	● ทบทวน และปรับปรุง core competency ขององค์กรให้เหมาะสมตามบริบท
27.ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	3	● ทบทวนและปรับปรุงแผนให้มีความพร้อมใช้งานอยู่ตลอดเวลา และเพิ่มการซ้อมแผนนอกเวลาราชการ
28.การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	3	● ส่งเสริมให้มีการสร้างนวัตกรรม ทบทวนและพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง