

- I-1 การนำองค์กร

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: สัมฤทธิ์ผล ประสิทธิภาพ วัฒนธรรมองค์กร นำด้วยวิสัยทัศน์ (ข้อมูลถึง ก.ค.2557)						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
Current ratio	≥ 1.5	0.85	1.45	1.37	1.51	1.48
Quick ratio	≥ 1	0.67	1.05	1.12	1.32	1.30
Cash ratio	≥ 0.8	0.52	0.82	0.96	1.07	0.82
ความรับผิดชอบด้านการเงิน						
▪ ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย	≤ 90 วัน	131	96	116	146	115
▪ อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระด้วย ตัวเงิน	≥ 0.8	0.52	0.82	1.10	1.10	1.50
▪ ระดับวิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาล	0	NA	1	1	1	4
บริบท: <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลชุมแสงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง(F2) ตาม Service plan ของกระทรวงสาธารณสุขดูแลประชากรในอำเภอชุมแสงทั้ง 65,921 คน และผู้ป่วยจากอำเภอใกล้เคียง โดยแบ่งโครงสร้างการบริหารเป็น 15 กลุ่มงาน และมีหัวหน้าของแต่ละกลุ่มงานร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เชื่อมโยงสู่ทีมคร่อมสายงาน หรือคณะกรรมการคณะต่างๆ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาโรงพยาบาล โดยยึดเป้าหมายของโรงพยาบาลเป็นสำคัญ วิสัยทัศน์: เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพดีเด่นระดับจังหวัดปี 2560 <ul style="list-style-type: none"> ● บริการสุขภาพ หมายถึง บริการการดูแลแบบองค์รวม ● ดี หมายถึง มีมาตรฐาน ปลอดภัย และผู้รับบริการพึงพอใจ ● เด่น หมายถึง การดูแลผู้ป่วยโรคทางตา การดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ค่านิยม: (ร-พ-ช-ส) <ul style="list-style-type: none"> ● ร : รักษาก็คกร บุคลากรในโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน ● พ : พัฒนา หาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆอย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้ 						

- **ช: เชิดชูคุณธรรม** ตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ มีการกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ
- **ส: สร้างสุข** สนองความต้องการแก่ผู้รับบริการ โดยใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจในการทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

กระบวนการ:

วิสัยทัศน์และค่านิยม:

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:

- มีการตั้งเป้าหมายในการพัฒนาโรงพยาบาลที่ชัดเจนมากขึ้น นำไปสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เข้มมุ่งเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด ของโรงพยาบาล ทีมคร่อมสายงานและหน่วยงานต้นตัวและดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพงานของตนเอง ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านต่างๆดีขึ้น เช่นการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ
- มีการกำหนดค่านิยมของโรงพยาบาล นำมาซึ่งกิจกรรม โครงการที่เกี่ยวกับการพัฒนางาน การสร้างความรักในองค์กร คุณธรรมจริยธรรม
- ปี 2554 -2557 คุณภาพการผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระจกและต้อเนื้อ จำนวน2,567 ราย ไม่พบภาวะการติดเชื้อหลังผ่าตัด
- การดูแลผู้ป่วย Asthma พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในปี2554-2557 มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้ดีเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 50 ร้อยละ 63.2 ร้อยละ 81.2 และร้อยละ 91.20
- ผ่านการรับรองระบบมาตรฐานบริการคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ (LA) วันที่ 21 ธันวาคม 2554
- ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพ งานรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับดีปี 2556
- ผ่านการรับรองกระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ปี2555

บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา

และบทเรียนที่เกิดขึ้น:

- มีการปรับปรุงทางด้าน โครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อม โดยใช้พื้นฐานการดำเนินงาน 5 ส การทำ ENV round ข้อเสนอแนะจากศูนย์วิศวกรรม(สบส.เขต3) ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ในการเยี่ยมชมโรงพยาบาล
- มีการประกาศนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยที่ชัดเจนและมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ เช่น การจัดกิจกรรมกีฬาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลทุกปี ให้อากาศป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันให้ฟรี วัคซีนไขหวัดใหญ่โรงพยาบาลผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) ปี2555
- ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณในปรับภูมิทัศน์ให้เอื้อต่อความสะดวกในการรับบริการเช่น การจัดมุม

พักผ่อนของผู้รับบริการ การจัดสถานที่ออกกำลังกายสำหรับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่

- ผู้นำ ประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพ โดยมีเป้าหมายในการผ่านการรับรองคุณภาพ สถานที่ทำงาน นำอยู่นำทำงาน และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในปี 2557

กระบวนการ คุณภาพ

- จัดโครงสร้างในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นคณะกรรมการเฉพาะด้าน(ทีมคร่อมสายงาน)รวม 9 ทีมและแบ่งเป็น 28 หน่วยคุณภาพแยกไปแต่ละกลุ่มงานการทำงาน หัวหน้ากลุ่มงานได้รับมอบหมายเป็น Facilitator กำหนดให้มีวาระคุณภาพในการประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- ทีมคร่อมสายงานมีการวางระบบในการทำงาน การประสานงานและดำเนินงาน โดยยึดมาตรฐานเป็นหลัก
- หน่วยงานในโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาโดยใช้หลัก 3 P ทบทวนคุณภาพโดยใช้หัวหน้าพาทำคุณภาพ หัวหน้ากลุ่มงานเป็น Facilitator
- กำหนดให้ ทุกหน่วยงานมีการประเมิน Competency เพื่อหาโอกาสในพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์ในการขอประชุมอบรมของเจ้าหน้าที่
- ผู้นำให้อำนาจการตัดสินใจแก่คณะกรรมการ หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ จนถึงระดับผู้ปฏิบัติ และเปิดช่องให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ สามารถสื่อสารถึงผู้นำระดับสูงโดยตรงได้หลายช่องทาง เช่น รับฟังและชี้แจงในการประชุมต่างๆ อย่างเป็นทางการและไม่เป็นการ การรับฟังโดยตรง
- เสริมสร้างกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและแรงจูงใจในการทำงาน เช่น จัดบอร์ดชื่นชมคนดี มอบรางวัลกับหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการนำเสนอผลงาน รางวัลหน่วยงานดีเด่นในการรายงานความเสี่ยง
- สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมและทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างความรู้สึกละเอียดและบรรยากาศที่ดีต่อการทำงาน เช่น การประชุมระหว่างหน่วยงาน เพื่อประสานบริการ กิจกรรม OD กีฬาสี ทำบุญประจำปี โครงการปฏิบัติธรรม

บทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและบทเรียนที่เกิดขึ้น:

- ผู้บริหารได้กำหนด เรื่องความปลอดภัย เป็นเป้าหมายของโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดในวิสัยทัศน์ โรงพยาบาล และกำหนดเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลในช่วงปี 2556 และ ปี 2557 โรงพยาบาลใช้หัวข้อ SIMPLE ในการกำหนดประเด็นเรื่องความปลอดภัยของโรงพยาบาล คือ Hand hygiene การป้องกันการแพ้ยาฆ่า การดูแลผู้ป่วย Fast tract
- ทีมคร่อมสายงาน และหน่วยงานตั้งเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพเรื่องความปลอดภัย โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาที่ดีเช่น การดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้สามารถคุมโรคได้ เพิ่มขึ้นจาก 63.2% ในปี 2555 เป็น 91.2%

ในปี 2557 การลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ลดลงจาก 2.0% ในปี 2555 เป็น 0.35% ในปี 2557 เป็นต้น

- ทีมบริหารความเสี่ยงมีการรวบรวมความเสี่ยงทั้งทางคลินิกและไม่ใช่คลินิก รวบรวม วิเคราะห์ และส่งต่อให้ทีมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป มีระบบการรายงานที่ชัดเจนต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง ทีมแก้ปัญหาข้อร้องเรียน ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที

การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

- จุดเน้นขององค์กร และวิธีการสื่อสาร เสริมพลัง จูงใจให้นำจุดเน้นดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ:
- มีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เข้มมุ่ง(ความปลอดภัย) แผนยุทธศาสตร์ ผ่านการประชุมชี้แจง แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทีมคร่อมสายงาน หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ การบรรจุไว้ใน web site โรงพยาบาล หลังป้ายชื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สลิปเงินเดือน กิจกรรม การเยี่ยมหน่วยงานของผู้บริหารและทีม QRT(ผู้ประสานงานคุณภาพ) ของโรงพยาบาล

การกำกับดูแลกิจการ

การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลกิจการ:

- โรงพยาบาลชุมแสงได้รับการนิเทศติดตามจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทีมผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศ เขต 3 ทีมตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ซึ่งมีข้อชี้แจงและข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาล เช่น ผลงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบภายใน
- ระบบงานการเงินการคลัง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลังพบปัญหาเรื่องการชำระหนี้ล่าช้า และขาดการเฝ้าระวังติดตามโดยคณะกรรมการ จึงมีการปรับปรุงโดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการ CFO ของโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์ทางการเงิน จัดตั้งคณะกรรมการวางแผนและวิเคราะห์การเพิ่มรายรับโรงพยาบาล, จัดระบบการจัดการด้านการเงินเพื่อให้เกิดการบริหารการเงินที่มีประสิทธิภาพและทันเวลาโดยเจ้าหน้าที่พัสดุเร่งรัดการจัดทำเอกสารรายละเอียดหนี้ การเงินเร่งดำเนินการจ่ายหนี้ให้รวดเร็วทันเวลา

การปรับปรุงระบบการนำ และ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:

- จากการทบทวน การจัดทำวิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ ทำให้โรงพยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจนสามารถจัดทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดการบริการที่ดี
- สำหรับการนำผลการทบทวนไปปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาภาวะผู้นำ มีการส่งอบรมผู้บริหารระดับต่าง ๆ การพัฒนาระบบการประเมิน Performance ประเมินโดยใช้เกณฑ์ตามตัวชี้วัดรายบุคคล และความสามารถของเจ้าหน้าที่

พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

บทเรียนในการตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- ผู้บริหารประเมินผลด้านลบต่อสังคมที่เกิดจากการจัดบริการสุขภาพ การวิเคราะห์ค้นหา ความเสี่ยงเชิงรุก/จุดบอดของระบบงานที่ถูกมองข้ามเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นต่อผลกระทบด้านลบต่อสังคมจากระบบงานและบุคลากร เช่น ระบบบำบัดน้ำเสียที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีการตรวจคุณภาพน้ำเสีย น้ำดื่มทุก 6 เดือน การสร้างที่เก็บขยะอันตรายที่เป็นมลพิษต่อชุมชน การแยกขยะให้ถูกชนิดในแต่ละหน่วยงาน
- ระบบและวิธีการกำจัดขยะ ได้มีการกำหนดระบบ วัตถุประสงค์ด้านการแยกทิ้ง จัดโซนพักขยะ การป้องกันแมลงและสัตว์พาหะนำโรค ในกระบวนการกำจัดมีการกำจัดขยะทั่วไปโดยเทศบาล ส่วนขยะติดเชื้อโรงพยาบาลกำจัดโดยบริษัทเอกชน ระบบการล้างเครื่องมือต่าง ๆ ดำเนินการที่หน่วยจ่ายกลางเพียงหน่วยเดียว

บทเรียนในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม

- จัดทำแนวทางการประหยัดพลังงานลดโลกร้อนโดยให้แต่ละหน่วยงานมีส่วนร่วมเสนอแนวคิด วิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้า น้ำมัน น้ำยาทำความสะอาด ผลทำให้มีการผลิตน้ำหมักชีวภาพ/น้ำยา EM ขึ้นมาใช้เอง เพื่อมาใช้ทดแทนสารเคมีทำความสะอาด
- การจัดการขยะอันตรายของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายสู่ชุมชน ขยะทั่วไปกำจัดโดยเทศบาล ขยะติดเชื้อ กำจัดโดยจ้างบริษัทดำเนินการเผา ปริมาณขยะติดเชื้อปี 2555 เฉลี่ย 778 กก./เดือน ปี 2556= 1,060 ปี 2557 = 883 กก./เดือน
- ผลการตรวจน้ำเสีย ปี 2556 มีผลการตรวจปกติ BOD 12 mg/L : ปี 2557 BOD=23 mg/L จากการวิเคราะห์พบว่าอาจมีปัญหาเรื่องใบพัดในระบบบ่อบำบัดขำรด ได้ปรับปรุงแก้ไขขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการเก็บน้ำส่งตรวจอีกครั้ง

บทเรียนในการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย :

- บริหารประกาศนโยบายโรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดอบายมุขในที่ประชุมประจำเดือนแก่เจ้าหน้าที่ อาทิเช่น ห้ามเจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล งดการเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยงของโรงพยาบาล ห้ามเล่นการพนันในโรงพยาบาล การใส่หมวกกันน็อก
- พัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการประชาชนเช่น การบริการนอกเวลาราชการ ทั้งคลินิกทั่วไป และคลินิกกายภาพบำบัด มีการออกตรวจร้านค้า เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

บทเรียนในการกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:

ให้ความสำคัญเรื่องการปฏิบัติตามวินัยข้าราชการและจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการนำไปเป็นข้อมูลในการพิจารณาความดีความชอบ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ มีการอบรมฟื้นฟูเรื่องพฤติกรรมบริการเมื่อมีข้อร้องเรียนดำเนินการให้หัวหน้าหน่วยงานตักเตือนและพิจารณาหลักเลี้ยงเพื่อป้องกันการเกิดข้อ

ร้องเรียนซ้ำเรื่องพฤติกรรมบริการ มีการวางระบบเพื่อการควบคุมกำกับด้านจริยธรรม เช่น การประกาศสิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับการไม่เลือกปฏิบัติ และมีแนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานเดียวกันมีช่องทางการร้องเรียน เน้นพฤติกรรมบริการที่ดี เน้นเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่เต็มรูปแบบ มีระบบการจัดการเมื่อเกิดความไม่พึงพอใจโดยมีการตอบสนองที่เหมาะสม ในส่วนของผู้ป่วยในอนุญาตให้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาโดยเฉพาะในผู้ป่วยวาระสุดท้าย

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ASTHMA /COPD แบบ ONE STOP SERVICE ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น
- เปิดคลินิกนอกเวลา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
1. ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลที่ครอบคลุมมากขึ้น ● สนับสนุนส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติตามค่านิยมให้บรรลุวิสัยทัศน์ด้วยร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาโรงพยาบาล
2. การส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● กระตุ้นหน่วยงานให้เกิดการพัฒนา มีการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ● สนับสนุนให้ได้มีโอกาสนำเสนอผลงานภายในและภายนอกองค์กร
3. การสื่อสาร ให้อำนาจตัดสินใจ จูงใจ เน้นที่การปฏิบัติ	3.0	<ul style="list-style-type: none"> ● เพิ่มวิธีการสื่อสาร และ ระยะเวลาในการสื่อสารให้ผู้ใช้ ● ปฏิบัติรับทราบในทุกระดับ
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	3.0	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการประชุมเพื่อกำหนดตัวชี้วัดสำคัญและมีการประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง ● การประเมินผู้นำและระบบการนำ
5. ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	3.0	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นความรับผิดชอบต่อสาธารณะ