**I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์**

|  |
| --- |
| **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** สัมฤทธิผล ประสิทธิภาพ วัฒนธรรมองค์กร นำด้วยวิสัยทัศน์ |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด**  | **เป้าหมาย** | **2556** | **2557** | **2558** | **2559** | **2560** |
| ร้อยละการบรรลุตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ |  > 80 | 93.10 | 93.18 | 96.58  | 59.59 | 71.57 |
| ร้อยละการบรรลุตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ที่ 1 | > 80 | N/A | 53.57 | 64.29 | 59.09 | 57.14 |
| ร้อยละการบรรลุตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ที่ 2 | > 80 | N/A | 50 | 75 | 52.63 | 54.55 |
| ร้อยละการบรรลุตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 | > 80 | N/A | 33.34 | 66.67 | 60 | 90 |
| ร้อยละการบรรลุตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 | > 80 | N/A | 63.64 | 64.29 | 66.66 | 84.62 |
| **บริบท:** โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนงานโดยแต่งตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน คณะกรรมการ คปสอ. มีหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ สื่อสารแผนสู่การปฏิบัติให้ทีมนำและหัวหน้ากลุ่มงาน นำไปจัดทำแผนปฏิบัติการ ออกแบบโครงสร้างในการบริหารจัดการ เพื่อให้ได้ผลงานตามแผน ออกแบบการควบคุมติดตามกำกับและประเมินผล**ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:** 1. การส่งเสริมสุขภาพประชากรในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบครบวงจร
3. การพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
4. การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
5. การส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
6. การควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก

**ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:** 1. ระบบการนำที่มีประสิทธิภาพ
2. ระบบบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง ด้านข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
3. การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากภาคีเครือข่ายในชุมชน
4. มีการบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้งาน

**ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:** 1. การทำงานเป็นทีม
2. การมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่าย
3. การให้การสนับสนุนจากผู้บริหาร
4. การนำของผู้บริหารทุกระดับ
5. การมีงบประมาณและเครื่องมือที่เพียงพอ พร้อมใช้

**กระบวนการ:****กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:****บทเรียนเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำกลยุทธ์:*** กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลพบว่า ไม่ครอบคลุมและสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการจัดทำแผนของโรงพยาบาลโดยประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน ตัวแทนสหสาขาวิชาชีพ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ตามกระบวนการที่ได้จากการเรียนรู้ ได้ยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น ได้แก่ พัฒนาระบบบริการ พัฒนาส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ การบริหารทุนมนุษย์และการจัดการความรู้ และพัฒนาระบบสนับสนุนบริการและระบบสารสนเทศ และส่งคณะกรรมการไปอบรมที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นในหลักสูตรการขับเคลื่อนกลยุทธ์องค์กรด้วยเครื่องมือ Balanced Score Card สำหรับหน่วยงานภาครัฐ และนำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดแก่คณะกรรมการจัดทำแผน รวมถึงกำหนดรอบระยะเวลาในการจัดทำแผน ปี 2560 และดำเนินการ

**บทเรียนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:*** การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญ คณะกรรมการจัดทำแผนได้มอบหมายให้หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ให้ดำเนินการวิเคราะห์โดยการทำ SWOT Analysis ในหน่วยงาน และนำผลการวิเคราะห์มานำเสนอให้แก่คณะกรรมการจัดทำแผนและร่วมกันวิเคราะห์ในภาพรวมขององค์กร และผลการวิเคราะห์ภาพรวมขององค์กรมากำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ขององค์กรแล้วแบ่งกลุ่มคณะกรรมการในการนำยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ไปกำหนดเป็นกลยุทธ์ เพื่อกำหนดแผนงาน หรือกิจกรรม เพื่อให้ตอบสนองเป้าประสงค์ที่กำหนด ดังนี้

จุดอ่อน (Weakness)1. การจัดซื้อ จัดจ้างพัสดุล่าช้า
2. ระบบสารสนเทศรองรับการให้บริการ
3. ห้องแยกโรคไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
4. ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
5. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จุดแข็ง (Strength) 1. มีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ
2. ผู้บริหารงานให้ความสำคัญและสนับสนุนการปฏิบัติงาน
3. ผู้อำนวยการมีความมุ่งมั่นชัดเจน
4. การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
5. มีแผนงานที่ชัดเจน ครบถ้วน

โอกาส (Opportunity)1. การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีการสื่อสาร ความก้าวหน้าของระบบสารสนเทศ
2. การสื่อสารทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลง
3. ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน
4. พัฒนาระบบ E-Claim
5. ความหลากหลายทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์

อุปสรรค (Threat)1. พฤติกรรมของประชาชนที่มีผลกระทบต่อปัญหาในการดูแลสุขภาพ
2. ประชาชนมีความคาดหวังในบริการสูง
3. สภาพครอบครัวเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแล สังคมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้พึ่งพิงมากขึ้น
4. ระบบการรองรับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพไม่ดีพอ
5. นโยบายแก้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ

**วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์**

| **ความท้าท้าย** | **วัตถุประสงค์** | **เป้าหมายและกรอบเวลา** | **ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การคัดกรองประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มที่มีความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ | - เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง  | ประชากรกลุ่มอายุ ≥ 35 ปี ในเขตอำเภอหนองบุญมาก (ต.ค.59-เม.ย.60) | 1. ร้อยละความครอบคลุมในการคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด |
| 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง | - เพื่อป้องกันไม่ให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง | ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองได้ | 1. อัตราการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง |
| 3. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงแบบครบวงจร | - เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เข้าถึงบริการได้ครอบคลุม- เพื่อป้องกันและรักษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน |  ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง(ต.ค.59-ส.ค.60) | 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงลดลง |
| 4. พัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง | - เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้ถูกต้อง และส่งต่อมารักษาอย่างเหมาะสม | เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 11 แห่ง ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง(ส.ค.60) | 1. ผลการประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ 80%2. อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. ลดลง |
| **ความท้าท้าย** | **วัตถุประสงค์** | **เป้าหมายและกรอบเวลา** | **ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม** |
| 5. การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน  | - เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกต้อง | ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. (ปีงบฯ 2561) | 1. มีพยาบาลเวชปฏิบัติโรคเรื้อรัง 1 คน/1 CUP.2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้รับการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 20 ชั่วโมง ทุกคน |
| 6. การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน | - เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกต้อง | แพทย์ผู้รับผิดชอบในแต่ละ รพ.สต. | 1. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน |
| 7. การนำร่องการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบ  | - เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดฟันผุของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบ | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล(เม.ย.60-มิ.ย.60)  | 1. อัตราการเกิดฟันผุของเด็กอายุ 0-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบลดลง2. อัตราการเกิดฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดในเขตอำเภอหนองบุญมากลดลง |
| 8. การส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตอำเภอหนองบุญมาก | - เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดฟันผุของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตอำเภอหนองบุญมาก | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอหนองบุญมาก จำนวน 10 แห่ง | 1. อัตราการเกิดฟันผุเด็กอายุ 3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอหนองบุญมากลดลง2. มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำ รพ.สต. ครอบคลุมทั้ง 11 แห่ง3. ร้อยละของความครอบคลุมของการจัดสรรยูนิตทันตกรรมให้แก่ รพ.สต.ทั้ง 11 แห่ง  |
| 9. การควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี 2560 | - เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกให้ลดลง 20% ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามเกณฑ์ของ สสจ นม. กำหนด | พื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. 11 แห่ง และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล(เม.ย.60-ต.ค.60) | 1. อัตราป่วย DHF ต่อแสนประชากร ลดลง 20% จากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี |

**การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ****บทเรียนในการนำประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ:*** จากผลการดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโครงการ NCD คุณภาพ พบว่าผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7% ปี 2557 = 27.94%, ปี 2558 = 38.44% และ ปี 2559 = 42.85% อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 mmHg. ปี 2557 = 77.62%, ปี 2558 = 94.87% และปี 2559 = 50.80% โรงพยาบาลจึงได้มีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบครบวงจร โดยผู้บริหารกำหนดนโยบายในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ประกาศนโยบายถ่ายทอดผ่านหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน สู่ผู้ปฏิบัติงานและแจ้งในที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ทีม PCT ได้จัดตั้งเครือข่ายผู้ดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และร่วมกันจัดทำแผนในการดูแลผู้ป่วย กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ รพ.สต. ครอบคลุมทั้ง 11 รพ.สต. และมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วม มีการนิเทศติดตามผลงานโดย DM Manager และสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหาร เพื่อรับทราบผลงานและร่วมปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ผลลัพธ์ใน ปี 2560 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7% = 48.65%, อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 mmHg. = 76.28%

**บทเรียนในการสร้างความยั่งยืนของการพัฒนา:*** การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบครบวงจร โดยผู้บริหารกำหนดเป็นนโยบายถ่ายทอดผ่านหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน ทีมนำทางคลินิก และผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการเชิงรุกเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายสุขภาพ ส่งเสริมให้มีการวางแผนการดูแลรักษา ส่งเสริมการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ร่วมกันในทีมผู้ให้บริการ สนับสนุนทีมให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน เช่น พัฒนาด้านองค์ความรู้ สร้างขวัญและกำลังใจแก่ทีม จัดให้มีการประชุมวิชาการในเครือข่าย จัดเวทีให้นำเสนอผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นและเหมาะสม ผู้บริหารมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

**บทเรียนในการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:*** การพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารได้มอบนโยบายแก่ทีมผู้ให้บริการและมีการส่งเสริมให้ทีมร่วมกันในการวางแผนการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกมิติ โดยมีการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน มีการกำหนดบทบาทของบุคลากรแต่ละวิชาชีพทุกระดับ สร้างความตระหนัก ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อเอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยทำให้ทีมผู้ให้บริการเกิดความมั่นใจ มีระบบการทำงานชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการปลอดภัย และพึงพอใจ
* มีการประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญขององค์กร ผลการประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์ 100%
* มีการนำตัวชี้วัดระดับโครงการมากำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินตัวชี้วัดรายบุคคล ส่งผลให้ผลการดำเนินงานขององค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด

**บทเรียนในการจัดการทรัพยากรอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:*** อุบัติการณ์ระบบรถ Refer การส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าเนื่องจากการจัดรถ Refer ไม่เหมาะสม ทีม PCT ร่วมกับหน่วยงานยานพาหนะ ได้ทบทวนและกำหนดแนวทางร่วมกัน โดยกำหนดประเภทรถ Refer เป็น 3 ระดับ คือ ระดับ A+ ระดับ A และระดับ B และมีการกำหนดข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่ต้องใช้รถในแต่ละประเภท เพื่อให้สามารถสื่อสารกับพนักงานขับรถและการจัดรถให้เหมาะสม
* จากปัญหาค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา มีแนวโน้มสูงขึ้น โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาเป็นระบบคลังพัสดุกลาง เพื่อให้มีวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้เพียงพอพร้อมใช้และควบคุมการใช้อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ เช่น มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยา ปี 2558 = 8,307,808.82 บาท ปี 2559 = 11,517,731.87 บาท ปี 2560 = 9,977,402.54 บาท

**บทเรียนในการติดตามความก้าวหน้า:*** จากการติดตามการพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังในเครือข่าย รพ.สต. พบปัญหาการรวบรวมข้อมูลและการส่งข้อมูลเชื่อมโยงในเครือข่ายไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมระบบสารสนเทศได้พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บรวบรวม การสั่งการรักษาแก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความถูกต้อง ครบถ้วน ในการให้บริการผู้ป่วย
* จากนโยบายให้มีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โรงพยาบาลจึงได้จัดทำระบบคลังพัสดุกลางและคลังพัสดุย่อยเพื่อควบคุมและติดตามกำกับการใช้ทรัพยากรต่างๆ ผลลัพธ์ข้อมูลการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยามีแนวโน้มลดลง ปี 2559 = 11,517,731.87 บาท ปี 2560 = 7,747,173.73 บาท

**การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน****บทเรียนในการตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:*** จากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและมีค่า HbA1c ≤ 7 ซึ่งเกณฑ์ของจังหวัดนครราชสีมาให้ได้ ≥ 40% ผลงานที่ผ่านมาในปี 2557 = 27.94% ปี 2558 = 38.44% และปี 2559 = 42.8% พบว่าผลงานต่ำกว่าเกณฑ์จังหวัด ทีมนำทางคลินิกและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จึงได้ทบทวนและพบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเกิดจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง จึงได้มีการนำกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้มาทำกิจกรรมกลุ่มและให้ความรู้ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินศักยภาพผู้ป่วยและ Care giver
* การตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของจังหวัด จากการทบทวนพบว่า เกิดจากการประสานงานและการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน ในการตรวจสอบมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงได้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูลและส่งข้อมูล และมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนและหลังส่งให้จังหวัด
* ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จากการทบทวนพบว่า ระบบเติมคลอรีนน้ำในระบบบำบัดน้ำเสียยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดแนวทางแก้ไข โดยกำหนดเวลาปล่อยน้ำทิ้งไปรดต้นไม้ในโรงพยาบาลช่วงเวลา 7.00-8.00 น. และช่วงเวลา 14.00-15.00 น. เมื่อน้ำทิ้งถูกสูบจากถังพักไปรดต้นไม้ จนหมดทั้ง 2 ถัง เครื่องสูบน้ำเสียก็จะเริ่มสูบน้ำเสียผ่านท่อพีวีซีวน พร้อมกับเครื่องหยดคลอรีนก็จะหยดคลอรีนอัตโนมัติไปเรื่อยๆ จนน้ำเสียเต็มถังพักน้ำทั้ง 2 ถัง เครื่องสูบน้ำเสียกับเครื่องหยดคลอรีนก็หยุดทำงาน และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้กำหนดแผนปรับปรุงและสร้างระบบบ่อบำบัดน้ำเสียใหม่ ในปี 2561

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:*** การพัฒนาระบบคลังพัสดุกลาง ทำให้เห็นมูลค่าการจัดซื้อลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มของการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยา

**การพัฒนาระบบคลังพัสดุรวม**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายละเอียด** | **ปี 2557** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา (บาท) | 11,021,698.82 | 9,387,069.65 | 14,710,050.43 | 13,043,226.00 |
| มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยา (บาท) แบ่งเป็น | 10,530,791.13 | 8,307,808.82 | 11,517,731.87 | 9,977,402.54 |
| * LAB
 | 5,437,639.30 | 4,330,605.45 | 5,787,655.20 | 5,456,205.30 |
| * ทันตกรรม
 | 672,346.39 | 384,100.02 | 615,238.24 | 514,839.70 |
| * การแพทย์
 | 4,420,805.44 | 3,593,103.35 | 5,114,838.43 | 4,006,357.54 |

⚫ การพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย ดีขึ้น

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **ผลลัพธ์** |
| **ปี 2556** | **ปี 2557** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** |
| ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 mmHg. | 62.38% | 77.62% | 94.87% | 50.80 | 76.28 |
| อัตราการเกิด Exacerbation ในผู้ป่วย COPD  | 32% | 28.66% | 12.53% | 7.43% | 2.20 |

 |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า** |
| 1. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล
 | 3 | * ทบทวนกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล โดยการใช้มุมมอง Balance Score card เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้น นำไปสู่การปรับแผนกลยุทธ์
* จัดระบบการประเมินติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์อย่างเป็นระบบ
* การวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญและนำผลการวิเคราะห์มาใช้ประโยชน์ในการวางแผน
 |
| 1. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม HP
 | 3 | * ทบทวนการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และกำหนดเป้าหมายให้ท้าทายเพิ่มขึ้น
 |
| 1. การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ
 | 3 | * ประเมินการปรับปรุงกระบวนการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ โดยเพิ่มช่องทางการถ่ายทอดโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ
 |
| 1. การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร
 | 3 | * ประเมินและติดตามกำกับการบริหารทรัพยากรและปรับปรุงการใช้ทรัพยากรให้เพียงพอและเหมาะสม
 |
| 1. การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า
 | 3 | * กำหนดข้อมูลที่จะนำมาเทียบเคียงเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในด้านที่สำคัญ
 |