**Service profile**

**กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองบุญมาก**

**1. บริบท ( context )**

 ก. หน้าที่และเป้าหมาย

|  |  |
| --- | --- |
| หน้าที่ | เป้าหมาย |
| 1. งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก | 1. เพื่อให้ คปสอ.หนองบุญมาก มีแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน และมีการดำเนินงานตามแผน |
| 2. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | 1. เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและผ่านการรับรองจาก สรพ. |

 ข. ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

|  |  |
| --- | --- |
| หน้าที่ | ขอบเขต ศักยภาพ ข้อจำกัด |
| 1. งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก | 1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของ คปสอ.หนองบุญมาก ประจำปีงบประมาณ 2. ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้หน่วยงานใน CUP ปฏิบัติราชการสาธารณสุขให้เป็นไปตามแผนและเกณฑ์ตัวชี้วัดด้านสาธารณสุข3. รับการนิเทศ และรับการประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัดประจำ ปีงบประมาณ4. วิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเพื่อวางแผนหาโอกาสพัฒนา |
| 2. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | 1. ประสานงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพอื่น 2. กระตุ้นให้หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง3. เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพ 4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน เรื่อง การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล5. รวบรวมเอกสารรายงานต่างๆส่ง สรพ.เพื่อขอรับการประเมินคุณภาพตามบันไดขั้นต่างๆ |

 ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หน้าที่ | ผู้รับผลงาน | ความต้องการที่สำคัญ |
| 1. งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก | 1. บุคลากร คปสอ.หนองบุญมาก | 1. มีแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน 2. มีการดำเนินงานตามแผน มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ทุกตัว3. คปสอ.หนองบุญมาก มีผลการประเมินอยู่ในระดับ B+ ขึ้นไป |
| 2. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | 1. บุคลากร โรงพยาบาลหนองบุญมาก | 1. มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล2. ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้วยความสุข3. โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจาก สรพ. ในระดับ AS |
| 2. ผู้รับบริการ | 1. ความปลอดภัยในการมารับบริการ หาย หรือทุเลาจากโรคที่เป็นอยู่2. ความพึงพอใจต่อการให้บริการ |

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

 (1) งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ | ความท้าทาย ความเสี่ยง  ( จุดเน้นในการพัฒนา ) | ปริมาณงาน ทรัพยากร( คน เทคโนโลยี เครื่องมือ ) |
| การปฏิบัติราชการสาธารณสุขตามแผน |  ปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขให้มีผลการปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด และมีผลคะแนนอยู่ในระดับ A  |  มีบุคลากรผู้รับผิดชอบ 2 คน คือ หัวหน้ากลุ่มงาน และนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพในการทำแผนโดยการเข้ารับการอบรมจากองค์กรภายนอก และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ. |

(2) งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ | ความท้าทาย ความเสี่ยง  ( จุดเน้นในการพัฒนา ) | ปริมาณงาน ทรัพยากร( คน เทคโนโลยี เครื่องมือ ) |
| การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผ่านการประเมินจาก สรพ. ในระดับ AS  |  การรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงานต่างๆ มายังศูนย์ความเสี่ยง |  มีรูปแบบการเขียนรายงานที่ง่ายและสะดวก แต่บุคลากรในองค์กรทุกระดับขาดความตระหนัก และ ไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานอุบัติการณ์ |
|  การทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์สำคัญทั้งทาง Clinic และ non clinic และนำผลการทบทวนมาวางแผนพัฒนา | 1. การทบทวนไม่ต่อเนื่อง2. ขาดการทบทวนแบบ RCA3. บุคลากรมีภาระงานหลายหน้าที่ ส่งผลให้การทบทวนเป็นทีมค่อนข้างมีข้อจำกัดในด้านของเวลา |

**2. กระบวนการสำคัญ ( key processes )**

(2.1**)** งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กระบวนการสำคัญ( Key process ) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ( Process Requirement ) | ตัวชี้วัดสำคัญ( Performance Indicator) |
| ผู้นำระดับสูง มีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ขององค์กร |  ระดับทีมนำมองเห็นโอกาสพัฒนา มีการวางแผนและกำหนดแนวทางไปสู่ความสำเร็จและบรรลุวิสัยทัศน์ได้เร็วขึ้น | 1. โรงพยาบาลผ่านการประ เมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ระดับ AS2. ผลการประเมินการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัดที่ สสจ. กำหนด ในระดับ ≥ 90 % |
| ผู้นำระดับสูง มีการถ่ายทอดแผนลงสู่ระดับปฏิบัติ |  ระดับปฏิบัติเข้าใจและปฏิบัติตามแผนได้ จนองค์กรบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนด |
| ผู้นำระดับสูง มีการทบทวนผลการดำเนินตามตัวชี้วัด และ ทบทวนตัวชี้วัด |  ระดับทีมนำมองเห็นโอกาสพัฒนา มีการวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้องค์กรมีผลปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัดและมีผลการประเมินอยู่ในระดับ ≥ 90 % |

 (2.2) งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กระบวนการสำคัญ( Key process ) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ( Process Requirement ) | ตัวชี้วัดสำคัญ( Performance Indicator) |
| หน่วยงานตอบแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน (Service profile) | - หน่วยงานรู้บทบาทหน้าที่ รู้เป้าหมาย ประเด็นสำคัญของงาน และมองเห็นโอกาสพัฒนา หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง  | 1. ทุกหน่วยงานมีการเขียนรายงานประเมินตนเอง (Service profile )2. โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล ระดับ AS |
| หน่วยงานมีการทบทวนตาม 12 กิจกรรมทบทวน และวางแผนพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง | - หน่วยงานมองเห็นโอกาสพัฒนา และมีการ CQI อย่างต่อเนื่อง |
| หน่วยงานมีการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของงาน | - หน่วยงานมองเห็นโอกาสพัฒนา และมีการ CQI อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หน่วยงานบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ |
| ผู้นำระดับทีมนำศึกษาและทำความเข้าใจในมาตรฐานและถ่ายทอดสู่ระดับปฏิบัติ | - บุคลากรทุกระดับเข้าใจในมาตรฐานและนำมาตรฐานไปปฏิบัติจริง |

(2.3) งานสารสนเทศของ คปสอ.หนองบุญมาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กระบวนการสำคัญ( Key process ) | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ( Process Requirement ) | ตัวชี้วัดสำคัญ( Performance Indicator) |
| การออกแบบระบบฐานข้อมูล | - เพื่อให้การเก็บข้อมูลขององค์กรครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง นำมาใช้ประโยชน์ได้ | 1. แฟ้มข้อมูล 21 แฟ้ม 43 แฟ้ม มีความทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้อง ≥ ร้อยละ 952. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ≥ ร้อยละ 853. ไม่เกิดอุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูลในเครื่องแม่ข่าย 4. ไม่เกิดอุบัติการณ์ระบบเครือข่าย HosXP. ขัดข้องนานกว่า 30 นาที |
| การออกแบบระบบการจัดเก็บข้อมูล | - เพื่อให้การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลง่าย สะดวก และนำข้อมูลมาใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว |
| การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับปรุงผลงาน | - เพื่อให้องค์กรมองเห็นโอกาสในการพัฒนาและวางแผนพัฒนา ปรับปรุง ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา |

**3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ( Performance indicator )**

 3.1.งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงาน |
| ปี 2555 | ปี 2556 | ปี 2557 | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 |
| ผลการประเมินการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัดที่ สสจ. กำหนด  | ≥ 90 % | 89.47 | 88.46 | 88.17 | 88.33 | 89.72 | 81.40 |
| ร้อยละของการใช้งบประมาณในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ | ≥ 80 | 89.14 | 93.87 | 90.98 | 90.48 | 82.95 | 91.76 |
| ร้อยละของการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ | ≥ 90 | 95.77 | 97.44 | 97.72 | 96.42 | 95.24 | 96.77 |
| ร้อยละของตัวชี้วัดแผนงานโครงการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด | ≥ 90 |  | 93.1 | 93.18 | 95.03 | 96.83 | 94.59 |

 3.2. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลการดำเนินงาน |
| ปี 2555 | ปี 2556 | ปี 2557 | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 |
| 1. โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  | ระดับ AS(บันไดขั้นที่ 3) | บันไดขั้นที่ 2 | บันไดขั้นที่ 2 | บันไดขั้นที่ 2 | บันไดขั้นที่ 2 | บันไดขั้น3 | บันไดขั้น3 |
| 2. จำนวนหน่วยงานมีการเขียนรายงานประเมินตนเอง (Service profile) | ทุกหน่วยงาน | 0 | 0 | 0 | 20 | 20 | 20 |
| 3. ร้อยละหน่วยงานมีผลงานพัฒนาคุณภาพ CQI, นวัตกรรม | 90 | 68.18 | 77.27 | 81.81 | 72.72 | 91.67 | 10.4 |

**4. กระบวนการ หรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และมีคุณภาพ**

4.1. ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

4.1.1. งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก

- การจัดทำแผนปฏิบัติราชการสาธารสุขประจำปีงบประมาณ โดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วย งาน มีการทบทวนผลงานตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขในปีที่ผ่านมา ทบทวนตัวชี้วัดด้านคุณภาพขององค์กร ทบทวนวิสัย ทัศน์พันธกิจ มีการกำหนดเข็มมุ่งระดับ CUP ระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้มีแผนปฏิบัติราชการสาธารณสุขที่ชัดเจน ถ่ายทอดแผนลงสู่ระดับปฏิบัติผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และมีการบริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเหมาะสม

4.1.2. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

- ผู้บริหารสูงสุดมีนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ชัดเจน และกำหนดให้การขอรับการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลจากสรพ.ให้ผ่านระดับ AS ในปีงบประมาณ 2558 เป็นเข็มมุ่งตัวหนึ่งของโรงพยาบาล สนับสนุนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือร่วมใจจากบุคลากรทุกระดับให้พัฒนางานประจำของตนเองตามมาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง จนสามารถเขียนรายงานประเมินตนเอง ส่ง สรพ. เพื่อขอรับการประเมินระดับ AS

 4.2. การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.2.1. งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก

 - การควบคุม กำกับ และติดตาม ให้มีการดำเนินงานตามแผน และประเมินผล

4.2.2. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

 - การทบทวนทางคลินิกตาม Care Process เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล

 - การทบทวนเหตุการณ์สำคัญทาง non clinic

 - การพัฒนาระบบริหารความเสี่ยง เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ รับรู้ความเสี่ยง / อุบัติการณ์

 เขียนรายงานส่งศูนย์ความเสี่ยง นำมาวิเคราะห์และส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้วางแผนพัฒนาต่อไป

- ให้หน่วยงานทุกหน่วยงานเขียนรายงานประเมินตนอง (Service profile) และ Risk profile

 - กระตุ้นและสร้างขวัญกำลังใจบุคลากรในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้ต่อเนื่อง โดยการจัดมหกรรม CQI ปีละ 1 ครั้ง

**5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| งาน | โครงการสำคัญ ที่วางแผนไว้ | วัตถุประสงค์ | ระยะเวลาดำเนินการ | ตัวชี้วัด/ข้อมูลที่ใช้กำกับติดตาม |
| 1. งานแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข คปสอ.หนองบุญมาก | ทำแผนแบบบูรณาการระหว่างแผนปฏิบัติราช การด้านสาธารณสุข และ แผนพัฒนาคุณภาพองค์กร | เพื่อให้การปฏิบัติงานไม่ซ้ำซ้อน และปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น บรรลุตัวชี้วัดทั้ง 2 ด้าน | ปีงบประมาณ 2558 เป็นต้นไป | 1. ผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุขตามตัวชี้วัด อยู่ในระดับตั้งแต่ 90 % ขึ้นไป 2. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA ระดับ AS  |
| 2. งานพัฒนาคุณภาพโรง พยาบาล | หน่วยงานทุกหน่วยงานมีการทบทวน 12 กิจ กรรมทบทวนอย่างต่อเนื่องและนำผลการทบทวนมาวางแผน พัฒนา | 1. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติ การณ์สำคัญทั้งทาง clinic และ Non clinic2. ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์เดิมซ้ำ3. ค้นหาโอกาสพัฒนาการดูแลในทุกกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ | ปีงบประมาณ 2558เป็นต้นไป | 1. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA ระดับ AS ในปี 2558 และสามารถ Re-accredit ได้ใน 3 ปีถัดไป |

**Service profile**

**กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์**

**โรงพยาบาลหนองบุญมาก**