

ส่วนที่ 2-2 การดำเนินการที่โดดเด่นรายการหมวด

หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ

6.1 กระบวนการทำงาน

ก.การออกแบบผลผลิต การบริการ และกระบวนการ

สป.สธ.มีหน้าที่และภารกิจในการมีภารกิจสำคัญในการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณของกระทรวง กำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ พัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และให้บริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริม การรักษา ป้องกันฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรที่เป็นเลิศด้านการบริหาร บริการ และวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมและเป็นธรรม เพื่อคนไทยสุขภาพดี”

(1) แนวคิดในการออกแบบ

สป.สธ.ได้กำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเพื่อให้สป.สธ. บรรลุสำเร็จแบบยั่งยืน โดยเริ่มจากการนำ SIPOC Model มาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ โดยการพิจารณาจากปัจจัยที่มีต่อ

ความสำเร็จและการเติบโตขององค์กร ดังนี้ **1) ปัจจัยภายนอก**

(External Factor) ที่เชื่อมโยงมีความสอดคล้องกับแผนบริหารราชการ

แผ่นดิน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 นโยบาย

และยุทธศาสตร์ของรัฐบาล นโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวง

สาธารณสุข สารสนเทศความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้

ส่วนเสีย จากระบบ VOC หลักการบริการกิจการบ้านเมืองที่ดี **2)**

ปัจจัยภายใน (Internal Factor) ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม

ยุทธศาสตร์ ความท้าทายและความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ของสป.สธ.

นโยบายผู้บริหาร บทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย ประสิทธิภาพการทำงาน

ขององค์กร ความถูกต้องตามกฎระเบียบราชการ สิทธิประโยชน์และ

เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย สมรรถนะหลัก (Core Competency)

หรือความเชี่ยวชาญพิเศษ ของสป.สธ. ทั้งข้อมูลปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในจะถูกนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

กระบวนการทำงานที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการทำงานที่สำคัญของ สป.สธ. มีขั้นตอนดังนี้ **1) กำหนดกระบวนการ** โดย

กำหนดขอบข่ายความต้องการให้ชัดเจน พิจารณาจากผลผลิตหรือบริการที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของแต่ละ

กระบวนการให้ชัดเจน **2) กำหนดเป้าหมายและแผนงาน** ดำเนินการพร้อมขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปี ที่สอดคล้อง

กับทิศทางของกลยุทธ์ที่สป.สธ.มุ่งเน้น **3) ค้นหาสาเหตุ** ของความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ความต้องการของ

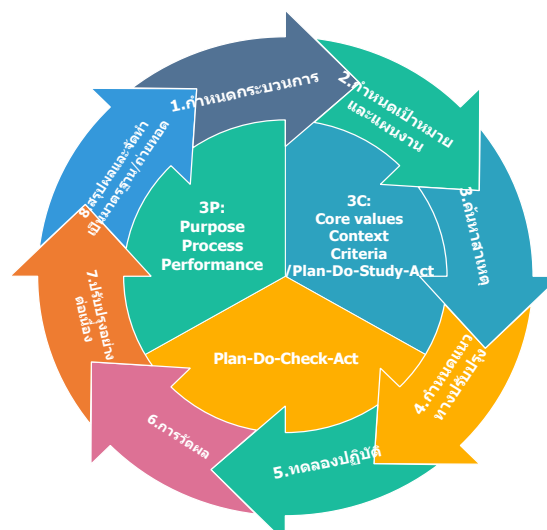
เจ้าของกระบวนการ ระบบงานต่างๆ แหล่งที่มาของทรัพยากรหรือผู้ส่งมอบ พันธมิตร โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพื่อลด

ค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณค่าให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ **4) กำหนดแนวทางปรับปรุง** โดยแปลงข้อกำหนดมา

เป็นผลลัพธ์ ตัวชี้วัดภายในกระบวนการ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน ที่คำนึงถึงสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงที่อาจ

เกิดขึ้นเพื่อเตรียมกลไกรองรับ โดยใช้ Risk Analysis และดำเนินการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าทุกขั้นตอนจะสามารถตอบสนองความ

ต้องการ และข้อกำหนดที่สำคัญของการออกแบบ **5) ทดลองปฏิบัติ** โดยทดลอง ทดสอบก่อนนำไปดำเนินการจริง เพื่อประเมินว่า

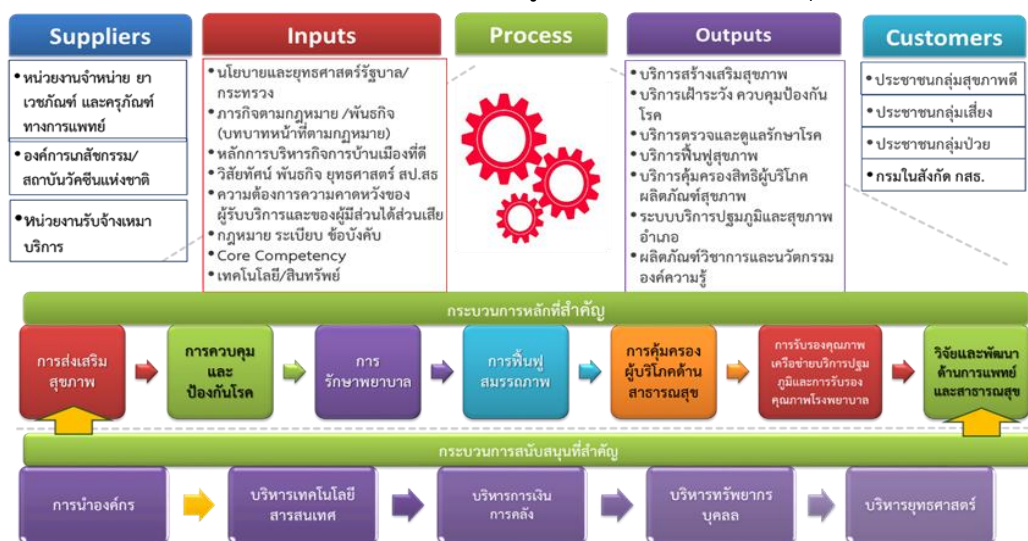


ภาพที่ 6-1 การออกแบบกระบวนการ ของ สป.สธ.

สามารถปฏิบัติได้และให้ผลลัพธ์ตามผลผลิตหรือบริการที่กำหนดไว้หรือไม่ มีการควบคุมดูแลและทบทวนและคำนึงถึง การบูรณาการเมื่อนำไปใช้จริง สามารถเข้ากับกระบวนการเดิมได้หรือไม่ **6 การวัดผล** โดยพิจารณาถึงวิธีการตรวจประเมินผลว่าจะ ตรวจ วัด วิเคราะห์อย่างไร เช่น การตรวจประเมินภายในตามช่วงเวลาที่กำหนดเป็นรายวัย รายสัปดาห์ และรายเดือน และใครเป็นผู้มี หน้าที่ในการวัด หรือตรวจประเมิน เช่น การวัดประสิทธิผลของงานตามแผนการปฏิบัติราชการ การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือการตรวจประเมินรับรองคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก เป็นต้น ทั้งนี้การทบทวนประเมินผลจะครอบคลุมใน ระดับปฏิบัติการ ระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละกระบวนการ **7 ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง** พิจารณาจากความไม่ สอดคล้องกับข้อกำหนดของมาตรฐาน หากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานให้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข มีการทบทวนผลการ ดำเนินงานกลุ่ม/แผนก โดยใช้ระบบบริหารคุณภาพตามวงจร 3 P/3C-PDSA/PCDA ทั้งนี้ เพื่อให้กระบวนการทำงานของ สป.สส.สามารถ สร้างคุณค่าให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน **8 สรุปผลและจัดทำมาตรฐาน สื่อสารถ่ายทอด** หาก พบว่าไม่ได้ผลตามข้อกำหนดต้องทบทวนและรวบรวมวิเคราะห์ใหม่ หากได้ผลตามข้อกำหนด ดำเนินการจัดบันทึกเป็นขั้นตอนการ ปฏิบัติของกระบวนการ และจัดทำเป็นเอกสาร Work Instruction ระเบียบปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure : SOP) คู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual) ตามภาพที่ 6-1

การออกแบบกระบวนการทำงานที่สำคัญของสป.สส.เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมี คุณภาพและประสิทธิภาพ ลดป่วย ลดตาย ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุ ขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี ในปี 2566 โดยการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกให้ระยะเวลารอคอยสั้นลง มีการ ปรับกระบวนการให้บริการจากเชิงรับ เป็นเชิงรุก ลดความผิดพลาดจากการทำหัตถการเพื่อการตรวจและรักษาโรคโดยผู้เชี่ยวชาญ ลด ขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อนกันนำ IT มาใช้ ลดการ Re-visit ลดการ Re-admit ลงจะช่วยส่งผลต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เกิดความคุ้มค่าการใช้ทรัพยากร แต่ทั้งนี้ ยังคงคุณภาพและประสิทธิภาพอยู่ ยังสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เพิ่มมากขึ้น

สป.สส. ได้กำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ 7 กระบวนการ ได้แก่ (1) การส่งเสริมสุขภาพ (2) การควบคุมและป้องกันโรค (3) การรักษาพยาบาล (4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (6) การรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิและ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ 7) การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 6-2 Value chain Moph

2) ข้อกำหนดของผลผลิต การบริการ และระบบการทำงาน

สป.สธ.จัดทำข้อกำหนดที่สำคัญและตัวชี้วัดกระบวนการ ที่ผู้บริหารและคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 6 และเจ้าภาพกระบวนการทำงานที่สำคัญ ร่วมประชุมจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญของผลผลิตและบริการ โดยนำข้อมูลสารสนเทศความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รวบรวมได้จาก ระบบ VOC และข้อกำหนดทางกฎหมาย มาตรฐาน HA/DHS-PCA/JCI รวมถึงข้อตกลงระหว่างผู้ส่งมอบ ภาครัฐเครือข่าย พันธมิตร และความต้องการของบุคลากรมาประกอบการพิจารณาจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญ และกำหนดจุดควบคุม ใช้วัดและสังเกตการณ์การปฏิบัติงานเพื่อลดปัญหาและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการเบี่ยงเบนไปจากผลการดำเนินการที่คาดหวังไว้ให้เหลือน้อยที่สุด ตามตารางที่ 6-1

ตารางที่ 6-1 แสดงกระบวนการทำงานหลักและข้อกำหนดที่สำคัญของ สป.สธ.

	กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	แนวทางการควบคุม	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ
- บริการสร้างเสริมสุขภาพ	1. การส่งเสริมสุขภาพ	- การถ่ายทอดองค์ความรู้ (Package Knowledge) ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย - การรับรู้องค์ความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย - กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย - การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ - ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง	- แผนตรวจเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย - ทีมสหสาขาวิชาชีพตรวจเยี่ยม - แผนส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ถูกต้อง ทันสถานที่ - การนิเทศและตรวจติดตาม - การสุ่มตรวจประเมิน	- ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีการปรับพฤติกรรม 3-5 ปี และลดเสี่ยง (7.6-2) - ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (7.6-3)	- อัตราการป่วย/ตายจาก NCD (7.6-1) - ร้อยละของประชาชนคัดกรองมีการปรับพฤติกรรม (7.6-2)
- บริการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค - ข้อมูลเตือนภัย การเฝ้าระวังโรค การป้องกัน การควบคุม (Prevent, Detect, Respond)	2. การควบคุมและป้องกันโรค	- ลดอัตราการตายจากโรค - ลดอุบัติการณ์และความชุกของโรค	- แหล่งที่มาของโรค - แนวทางการควบคุมตามมาตรฐาน - แผนการสื่อสาร - ข้อกำหนดการแจ้งเตือน	- ร้อยละ 80 ของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (7.6-4)	- ร้อยละอำเภอที่มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) (7.6-4)
- บริการตรวจและดูแลรักษาโรค	3. การรักษาพยาบาล	- Patient Safety Goal - ประสิทธิภาพ (Efficient) - ประสิทธิผล (Effective) - ปลอดภัย (Safe) - เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐาน - ลดระยะเวลาการรอคอย	- การวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยี - มาตรฐานการรักษาพยาบาล CPG - มาตรฐานวิชาชีพ	- อัตราการติดเชื้อในรพ. (7.6-6) - (- ระยะเวลารอคอยลดลง) (7.6-7) - อัตราการคลาดเคลื่อนทางยา	- อัตราการนอน รพ. ซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน (Readmission) (7.6-5) - Re-visit (น้อยกว่า 2%) (7.6-5)
- บริการฟื้นฟูสุขภาพ	4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	- แก้ไขข้อบกพร่องของร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้	- มาตรฐานการฟื้นฟู (CPG) - การติดตามผลการฟื้นฟู - การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ชุมชน (Community Based Rehabilitation: CBR)	- ร้อยละคนพิการที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (7.6-8)	- ร้อยละของผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟู (7.6-8) - ดัชนี Barthel Activity Daily Index ระดับ 12 คะแนนขึ้นไป
- บริการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	5. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	- ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพตามมาตรฐาน GMP - ความปลอดภัย - ความเป็นธรรม	- มาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภค - พบการอ่านฉลากความสะอาด	- ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับบริการตามมาตรฐานระยะเวลาที่กำหนด (7.6-9) - ร้อยละข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขภายในช่วงเวลาที่กำหนด	- ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (7.6-9) - ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (7.6-9)
- ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ - โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน HA	6.1 รับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (DHS-PCA) 6.2 รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	- ข้อกำหนดของเกณฑ์มาตรฐาน DHS-PCA - ข้อกำหนดของมาตรฐาน HA	- มาตรฐาน DHS-PCA - การประเมินของเขตบริการสุขภาพ - มาตรฐาน HA - ทีมเยี่ยมสำรวจ - ทีมคุณภาพโรงพยาบาล - Surveillance survey	- ร้อยละหน่วยบริการที่ได้รับการพัฒนาจากทีมที่เลี้ยง - ร้อยละของหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนรับรอง HA	- ร้อยละของหน่วยบริการเป้าหมายในสังกัดที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน DHS-PCA (7.6-10) - ร้อยละของหน่วยบริการเป้าหมายในสังกัดที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน (HA) (7.6-10)
ผลิตภัณฑ์วิชาการและนวัตกรรม องค์ความรู้	7. วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข	- ตรงตามความต้องการ - สอดคล้องกับปัญหาด้านสาธารณสุข - นำไปใช้ประโยชน์	- มาตรฐานการวิจัย - คณะกรรมการตรวจสอบงานวิจัย	- ร้อยละของงานวิจัยที่เป็นไปตามมาตรฐานงานวิจัย	- จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ (7.6-11) - จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัล UN Awards/TPSA/PMQA - ร้อยละงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในระดับชาติ - ร้อยละผลงานวิชาการที่ได้รับการรับรองระดับยอดเยี่ยม - จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัลระดับชาติ

ข.การจัดกระบวนการ

(3)การนำกระบวนการไปปฏิบัติ

วิธีการนำกระบวนการไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จตามที่มาตรฐานการปฏิบัติงาน ผ่านการบริหารงานตามโครงสร้างการบริหารราชการ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ สป.สธ. พ.ศ.2552 แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) บริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย 7 สำนักกอง 2) บริหารราชการส่วนภูมิภาค มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง ที่ประกอบด้วย สสอ. รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง กระบวนการทำงานจะถูกนำไปปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ได้มอบหมาย โดยใช้เวทีการประชุมผู้บริหารระดับสูงทุกวันเช้าอังคาร ประชุมระดับสำนักกองทุกเดือน ประชุมระดับกลุ่ม/แผนก เพื่อชี้แจงความเข้าใจสร้างการรับรู้ และเผยแพร่ทางเว็บไซต์ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับทุกหน่วยงาน ทราบถึงหลักการในการออกแบบและขั้นตอนการดำเนินการของกระบวนการทำงาน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำงาน และสามารถปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทของหน่วยงานในแต่ละพื้นที่

ตัวอย่างเช่น ข้อผิดพลาดของผลผลิตในการให้บริการ ของกระบวนการรักษา ในการบริหารยา หากมีการจ่ายยาผิดระบบมีการตรวจสอบ Double check ข้อกำหนดตามมาตรฐาน HA กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 0.01% ของจำนวนใบสั่งยาสำหรับการรักษาที่สำคัญใช้หลักการต้องไม่มีการผิดพลาดเกิดขึ้น (Zero Defect) เช่น การผ่าตัดหรือทำหัตถการผิดคน ผิดตำแหน่ง การให้เลือดผิดหมู่ผิดคน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ด้วยเหตุนี้ จึงมีมาตรฐานป้องกันความผิดพลาดอย่างเข้มข้นด้วยการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) โดยสถานบริการในสังกัด สป.สธ.ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน และมั่นใจว่าคู่มือและแนวทางปฏิบัติจะนำไปใช้ได้ถูกต้องและทำให้งานมีคุณภาพและมาตรฐาน จึงต้องมีการสื่อสารและถ่ายทอดแนวปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องผ่านช่องทางการสื่อสารภายในองค์กรของ สป.สธ. ประกอบด้วย หน่วยงานจัดประชุมชี้แจง จัดทำ VDO Presentation เผยแพร่ผ่าน website /You Tube คู่มือเอกสาร पोสเตอร์ แผ่นพับการรณรงค์ On the job training ระบบ Coaching รวมทั้งมีการจัดทำคู่มือผู้สอนงานและอบรมผู้สอนงาน (Facilitator) และเพื่อให้คู่มือหรือแนวปฏิบัติถูกนำไปถ่ายทอดได้อย่างถูกต้อง

สป.สธ. กำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยงานดำเนินการตามคู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual: WM) และแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines : CPG) โดยมอบหมายให้ สำนักบริหารการสาธารณสุข และกลุ่มพัฒนาระบบบริการเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน โดยมีการประชุมชี้แจง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปสู่การปฏิบัติและมีการปรับปรุงทุกปีอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐาน รวมทั้งยังมีระบบการตรวจสอบจากหน่วยงานภายใน (Internal Audit) เช่น ศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพก่อนที่มีหน่วยงานภายนอกเข้ามาตรวจสอบ หรือ การทำ Quality Management Representative (QMR) เพื่อให้การดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพเป็นไปด้วยความราบรื่นและบรรลุตามแผนบริหารคุณภาพประจำปี โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพคณะผู้บริหาร ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน การปรับปรุงเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก (Audit) เช่น คำรับรองการปฏิบัติราชการ โดยสำนักงาน ก.พ.ร. ระบบ ISO รวมทั้งระบบการให้บริการสุขภาพของสถานบริการในสังกัด สป.สธ. โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เข้ามาตรวจสอบคุณภาพ ทั้ง HA, JCI, DHS-PCA ตามมาตรฐานของแต่ละประเภทสถานบริการ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่ากระบวนการทำงานของ สป.สธ. มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ตรงตามมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ ของผู้รับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการติดตามและควบคุมการทำงานและกระบวนการที่ดี สป.สธ. จึงได้กำหนดกลไกการควบคุม กำกับ ติดตาม เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) **ระดับนโยบาย** ผู้บริหารระดับสูง ติดตาม และประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการร่วมกับคณะกรรมการชุดต่างๆ การตรวจราชการ รวมทั้งวางแผนตัดสินใจในการดำเนินการ

เพื่อให้ทุกระบวนการมีผลลัพธ์และผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญ2) **ระดับหน่วยงาน** ผู้อำนวยการสำนัก/กอง เขต
บริการสุขภาพ ดำเนินการควบคุม ติดตามวิเคราะห์ และประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดของกระบวนการ และตัวชี้วัดในระดับปฏิบัติการ
ด้านอื่นๆ เช่น ด้านคุณภาพการบริการ ต้นทุน สิ่งแวดล้อมรวมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้กระบวนการ
ทำงานดำเนินการไปอย่างราบรื่น ใช้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) กับคู่มือการปฏิบัติงาน ผ่านการประชุมประจำเดือน 3) **ระดับ**
ปฏิบัติการ หัวหน้างานในแต่ละฝ่ายมีการติดตามผล วิเคราะห์ และปรับปรุงคุณภาพและกระบวนการทำงานประจำวัน โดยใช้
แผนการทำงานประจำวันเพื่อควบคุมให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระดับเขตสุขภาพ ระดับ
จังหวัด ระดับกรม

(4) กระบวนการสนับสนุน

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 6 และเจ้าภาพกระบวนการสนับสนุน ได้ร่วมประชุมกำหนด
กระบวนการสนับสนุนที่ช่วยขับเคลื่อนกระบวนการทำงานที่สำคัญของสป.สธ.ให้สามารถดำเนินการได้ตามข้อกำหนดที่สำคัญและ
บรรลุเป้าหมายตามภารกิจ มีขั้นตอน ดังนี้1) กำหนดกระบวนการสนับสนุน พิจารณาจากความต้องการของเจ้าของกระบวนการถัดไป
แหล่งที่มาของทรัพยากรหรือผู้ส่งมอบ เทคโนโลยีที่ทันสมัย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง 2) แปลงข้อกำหนดข้อกำหนดที่สำคัญมาเป็น
ผลลัพธ์ และกำหนดตัวชี้วัดภายในกระบวนการเพื่อวัดและสังเกตการณ์ปฏิบัติงาน จากนั้นวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน (Flow chart)
ที่คำนึงถึงสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อเตรียมกลไกรองรับ โดยใช้ Risk Analysis และดำเนินการตรวจสอบเพื่อ
ยืนยันว่าขั้นทุกขั้นตอนจะสามารถตอบสนองความต้องการ และข้อกำหนดที่สำคัญ 3) ทดลอง ทดสอบก่อนนำไปดำเนินการจริง เพื่อ
ประเมินว่าสามารถปฏิบัติได้และให้ผลลัพธ์ตามผลผลิตหรือบริการที่กำหนดไว้หรือไม่ หากพบไม่ได้ผลตามข้อกำหนดต้องทบทวน
และรวบรวมวิเคราะห์ใหม่ หากได้ผลตามข้อกำหนดที่สำคัญ ดำเนินการจัดบันทึกเป็นขั้นตอนการปฏิบัติของกระบวนการ หรือจัดทำ
เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน SOP/ WMMW ทั้งนี้ สป.สธ.ได้กำหนดให้มีกระบวนการสนับสนุน 5 กระบวนการ ได้แก่ 1) การนำ
องค์กร 2) บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) บริหารการเงินการคลัง 4) บริหารทรัพยากรบุคคล และ 5) บริหารยุทธศาสตร์ ตามตารางที่
6-2

ตารางที่ 6-2 แสดงกระบวนการทำงานสนับสนุนและข้อกำหนดที่สำคัญของ สป.สธ.

ผลผลิต บริการ	กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	แนวทางการควบคุม	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ
ระบบการนำองค์กร	1. การนำองค์กร	- โปร่งใส - เป็นธรรม	- แผนการสื่อสาร - ระบบการประเมินผล (PA) - ทีม 5 ทหารเสือ	- ร้อยละการรับรู้ เข้าใจ และ นำไปปฏิบัติของบุคลากรที่มี ต่อทิศทางขององค์กร - ร้อยละของผู้บริหารเข้ามามี ส่วนร่วมในการวางแผน ยุทธศาสตร์ (7.6-15)	- ร้อยละความเชื่อมั่นของผู้นำ องค์กร (7.6-13) - ผลการประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) (7.6-13) - จำนวนรางวัลที่ผู้นำองค์กร ได้รับ (7.6-14)
ระบบข้อมูล HDC ระบบ Dashboard ระบบ EOC	2. บริหารเทคโนโลยี สารสนเทศ	- ประสิทธิภาพ - คุณภาพ	- มีแผนบริหารความเสี่ยง - คู่มือด้าน IT	- ร้อยละความสำเร็จของการ ดำเนินกิจกรรมตามแผน บริหารความเสี่ยง - ร้อยละของหน่วยงานใช้ ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการ บริการและพัฒนาาระบบ สุขภาพ	- ระยะเวลากู้คืนระบบ (ชม.) - จำนวนครั้งที่ระบบไม่สามารถใช้ งานได้ (7.6-16) - ระยะเวลาในการเคลื่อนย้าย/ เตรียมความพร้อมต่อภาวะ ฉุกเฉิน (ชม.) (7.6-16) - ร้อยละความต่อเนื่องการ ให้บริการอินเทอร์เน็ต - ร้อยละของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่ใช้เครือข่าย สารสนเทศ (Intranet) ของ สป.สธ. ในการรับ-ส่งข้อมูล สุขภาพและการแพทย์ (7.6-17)

ผลผลิต บริการ	กระบวนการ	ข้อกำหนดที่สำคัญ	แนวทางการควบคุม	ตัวชี้วัดในกระบวนการ	ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ
รายงานทางการเงิน	3. การบริหารการเงินการคลัง	1. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินการคลัง 1.1 การวางแผนประมาณการรายได้ควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี มีมาตรฐาน 1.2 จัดระบบตรวจสอบ Internal Audit ใน รพช. และ External Audit ใน รพช./รพท. 1.3 พัฒนาระบบการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost) 1.4 กระบวนการสร้างประสิทธิภาพทางการเงิน ด้วยตัวชี้วัดทางการเงินการคลังระดับจังหวัด/ระดับเขต (Financial Administration Index: FAI) การพัฒนาระบบควบคุมภายใน (Internal Control :IC) - การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC) - ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management: FM) - การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost : UC)	1. หน่วยบริการมีและใช้แผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) 2. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการ 3. หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบัญชี 4. จังหวัดมีกลไกการประเมินการสร้างประสิทธิภาพทางการเงินด้วยตัวชี้วัด Financial Administration Index: FAI 5. ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน 6. แผนการเงินการลงทุน 7. การประเมิน FAI	- แผนประมาณการรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่าย (Planfin) และแผนการดำเนินงานมีความต่างไม่เกินร้อยละ 10 - ร้อยละของหน่วยงานที่มีจัดซื้อจัดจ้าง - ประสิทธิภาพทางการเงิน Current Ratio < 1.5 Quick Ratio < 1.0 Cash Ratio < 0.8 (7.6-19)	- ร้อยละของการเบิกจ่ายงบลงทุน - ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณ (7.6-18)
บุคลากรที่มีสมรรถนะสูง (เก่งและดี)	4. การบริหารทรัพยากรบุคคล	- มีเพียงพอต่อการให้บริการ - สมรรถนะบุคลากรที่เหมาะสม - ตอบสนองต่อภาระงาน - ความก้าวหน้าในสายงาน	1. แผนส่งเสริมความก้าวหน้า 2. แผน CIPD 3. แผน HR Scorecards	- ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรมตามแผน - จำนวนชั่วโมง/คนการฝึกอบรม - ต้นทุนต่อหน่วยด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคลากร - ต้นทุนต่อหน่วยด้านการบริหารบุคลากร	- ร้อยละของบุคลากรที่มีอายุราชการ <ในสังกัด สป.> นานกว่า 25 ปี - ร้อยละเฉลี่ยของบุคลากรในการปฏิบัติราชการดีเด่น (7.6-20) - อัตราการขอโอนและลาออกของบุคลากร
ผลการปฏิบัติราชการ	5. การบริหารยุทธศาสตร์	- ประสิทธิภาพ - คุณภาพ - การตรวจราชการที่มีประสิทธิผล	- การถ่ายทอดนโยบาย - การมีส่วนร่วม - ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการวางแผน - แผนการตรวจราชการ - การตรวจราชการเป็นไปตามแผน	- ร้อยละของบุคลากรที่รับรู้เข้าใจการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ - ร้อยละการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายยุทธศาสตร์และแผนด้านสุขภาพ	- ร้อยละเฉลี่ยของการบรรลุยุทธศาสตร์ (7.6-21) - ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติราชการระดับดีเด่น

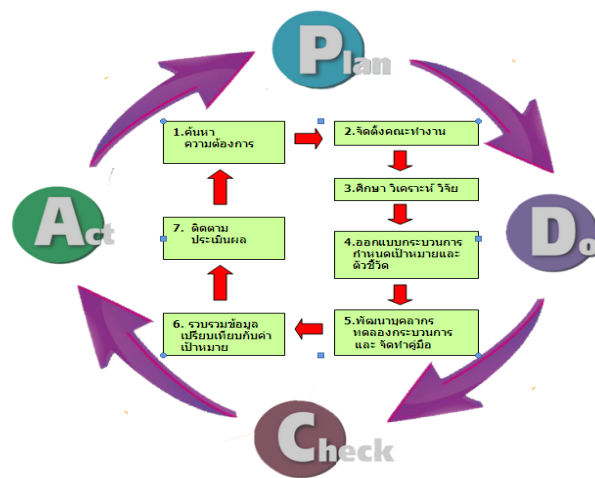
(5) การปรับปรุงผลผลิต การบริการและกระบวนการ

กระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของ สป.สธ. เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าประสงค์ระดับกรม ที่มีแนวทางชัดเจนและได้มีการถ่ายทอดเป้าประสงค์ลงสู่หน่วยงานระดับสำนัก/กอง เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป้าประสงค์ดังกล่าวจะครอบคลุมยุทธศาสตร์เน้นหนัก ที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศในด้าน Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

สป.สธ.โดยคณะทำงาน PMQA หมวด 6 มีการทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานเป็นประจำทุกปีในกระบวนการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ใช้วงจรควบคุม Plan-Do-Check-Act ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ตามภาพที่ 6-2

1) การค้นหาความต้องการในการปรับปรุงกระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (ม.2) ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ม.3) กระบวนการวัดและประเมินผลการดำเนินงาน (ม.4) รวมทั้งมีการวิเคราะห์กลุ่มผู้รับบริการประเภทต่างๆ (ม.3)

2) สป.สธ. กำหนดและจัดตั้งคณะทำงาน PMQA หมวด 6 และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกระดับ โดยหน่วยงานสำนักบริหารการสาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงาน สรพ. ในการบริหารจัดการให้โรงพยาบาลทุกระดับทำการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในการวางแผน ออกแบบระบบบริการและผลผลิตตลอดจนการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติเพื่อมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัดโดยสาธารณสุขจังหวัด ระดับอำเภอคือเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และระดับหน่วยงานในโรงพยาบาลทุกระดับจะมอบหมายมีผู้รับผิดชอบ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในแต่ละแห่ง



ภาพที่ 6 -3 วงจรควบคุม Plan, Do, Check, Act Improvement Cycle

3) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ข้อกำหนด/กฎหมาย/กฎระเบียบการตรวจสอบคุณภาพบริการ ข้อคำนึงถึงด้านความปลอดภัย โดยใช้ฐานข้อมูลสำคัญที่จำเป็น คำแนะนำของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย องค์ความรู้ที่สำคัญในองค์กรรวมทั้ง เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อนำไปสู่การกำหนดความต้องการหลัก (Pm.3)

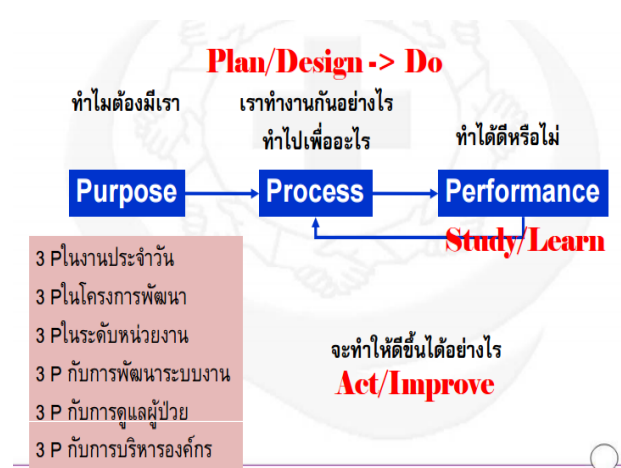
- 4) การกำหนดความต้องการหลัก การออกแบบกระบวนการ การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดสำหรับดำเนินการและวัดผล
- 5) พัฒนาความรู้และฝึกอบรมบุคลากร (ม.5) สื่อสารข้อมูลอย่างถูกต้อง (ม.1) ทดลองกระบวนการและจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงาน
- 6) รวบรวมข้อมูลสำหรับการวัดและประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด (ม.4)
- 7) ดำเนินการติดตาม กำกับประเมินผล และนำผลไปปรับปรุงกระบวนการในรอบปีถัดไป

สำหรับโรงพยาบาลในสังกัด ใช้วงจรควบคุม 3P: Purpose-Process-Performance/3C: Core values-Context-Criteria/ Plan-Do-Study-Act ตามภาพที่ 6-4 และภาพที่ 6-5 มาใช้เป็นกลไกหลักในการปรับปรุงกระบวนการ ดังนี้ 1) อดูรู้ รับฟังความคิดเห็นของคนหน้างาน ของคนที่รับงานถัดไป ดูสถานการณ์จริง ระบุขั้นตอนที่ผิดพลาด ผิดจากมาตรฐานที่ตรงประเด็น ครบถ้วน ปรับที่ไม่ยึดติด พิจารณาคัดเปลี่ยนที่เป็นไปได้ กำหนดสิ่งที่จะนำไปปรับปรุงหรือวางแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ นำมาตรฐานมาใช้ สร้างวัฒนธรรม ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และหลัก human factor engineering (ออกแบบกระบวนการเพื่อแก้ไขข้อจำกัดของคน) 2) ลงมือปฏิบัติตามกระบวนการทำงานใหม่ มีการสื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจถึงเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน 3) ประเมินผล โดยผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารระดับสำนัก/กอง ติดตามทุกเดือน หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าแผนกติดตามทุกสัปดาห์ หัวหน้างาน/หัวหน้าทีมติดตามทุกวัน จัดบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับผลลัพธ์กับข้อกำหนดตามมาตรฐาน 4) ปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยนำแนวทางการปฏิบัติที่ได้ผลลัพธ์ตามข้อกำหนดที่สำคัญมาจัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติ/SOP/WW/CPG นอกจากนี้ สป.สธ.ยังได้นำเครื่องมือสมัยใหม่มาใช้ปรับปรุงควบคุม ได้แก่ PMQA/BSC/PA/RM/CQI/R2R/KM/Lean system/CQI/QA/RCA/Tracer/ Care Map เป็นต้น

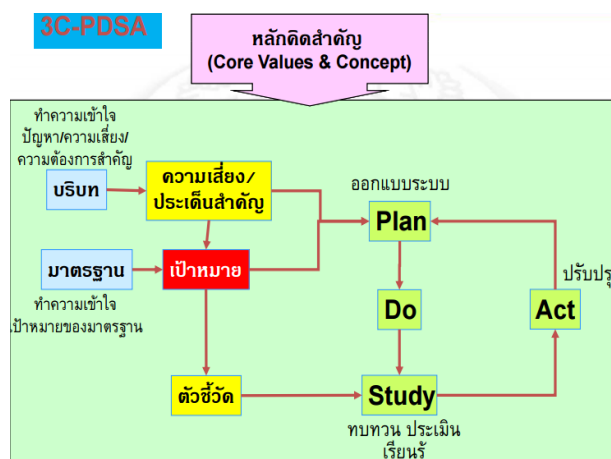
ตัวอย่างการปรับปรุงกระบวนการที่โดดเด่นของสป.สธ.13 ปีที่ผ่านมา พบว่า กระบวนการรักษาพยาบาลขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีการจัดตั้งศูนย์คุณภาพ (Quality Center) ตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบประกันสุขภาพหรือทีมนำโรงพยาบาล (QMR: Quality Management Representative) ที่มาจากตัวแทนผู้บริหารด้านคุณภาพของ

แต่ละแผนก/หน่วยงานที่รับผิดชอบ ร่วมกันทบทวน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ในลักษณะนั้นซ้ำขึ้นอีก ใช้หลักคิด Safety & Quality of Patient Care ซึ่งกิจกรรมในการทบทวนให้เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐาน HA ได้แก่ 1)การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล (3C-THER) 2)คำร้องเรียนของผู้รับบริการ/ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ ระบบ

บริการ คุณภาพการดูแลรักษา สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม และการสื่อสาร 3)ความพร้อมก่อนและขณะส่งต่อ 4)การทำหัตถการโดยผู้ชำนาญกว่า 5)การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง (NEARMISS/อุบัติการณ์) 6)การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 7)การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา Medication Error/ยาที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง/High Alert/DV/DUR/ADR/Stock ยา 8)การดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญทบทวนทุกรายที่เสียชีวิต / อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ (sentinel event)/ความเสี่ยงทางคลินิกในระดับ 6-8 /ความเสี่ยงไม่ใช่คลินิกในระดับ 4/มีแนวโน้มเกิดความเสียหายหรือฟ้องร้อง 9)การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (ให้ทบทวนทุกรายที่เสียชีวิต/ผู้ป่วยนอนนาน/ผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน/ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน/ผู้ป่วยโรคตามclinical tracerแต่ละPCT/อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ (sentinel event)/ความเสี่ยงทางคลินิกในระดับ 6-8 /ความเสี่ยงไม่ใช่คลินิกในระดับ4/มีแนวโน้มเกิดความเสียหายหรือฟ้องร้อง 10)การใช้ข้อมูลวิชาการ การ



ภาพที่ 6-4 วงจร 3P



ภาพที่ 6-5 วงจร 3C-PDSA

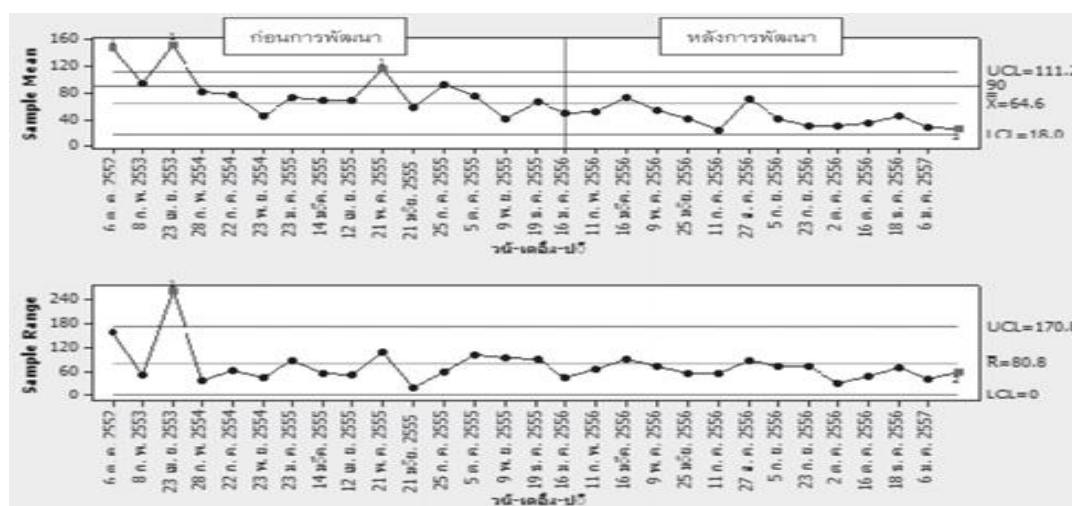
ทบทวนทางวิชาการที่สำคัญ เช่น CPG/Care Map/WWWW/Tracer/การใช้ Evidence Base 11)การใช้ทรัพยากร เช่น การใช้ยา/เวชภัณฑ์/การ Investigation/การ Investigation ราคาแพง เช่น CT/MRI/การ Admit ไม่เหมาะสม เช่น วันนอนสั้น/ไม่สมควร Admit/วันนอนนานกว่า DRG/กระบวนการ/ หัตถการต่างๆ/การใช้เครื่องมือ 12) ติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ/เครื่องชี้วัดกิจกรรมคุณภาพ (เครื่องชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายควรมีกิจกรรมคุณภาพเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ทั้งนี้ โรงพยาบาลการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง RCA/CQI/ CPG/WP เป็นต้น

ตารางที่ 6-3 ผลสำเร็จจากการปรับปรุง

โครงการ	ความสำเร็จ
ลดป่วยโรคไตเรื้อรัง	สามารถลดค่าล้างไตทางหน้าท้อง/การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
การพัฒนากระบวนการคลินิกไตวายเรื้อรัง (CKD Clinic) ด้วยบันได 4	ของผู้ป่วย 1 คนค่าใช้ผลลี่ยอยู่ที่ 3 หมื่นบาทต่อเดือน
ขั้น ป้องกันโรคไต สามารถชะลอไตเสื่อม	
ได้ 7 ปี	

**ลดตายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI การปรับขั้นตอนการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door to Balloon Time) โดยใช้ระบบสิน	สามารถระยะเวลาการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจจาก 90 นาที เหลือ 64.52 นาทีและเพิ่มจาก ร้อยละ 69.15 เป็นร้อยละ 94.83
ลดค่าใช้จ่าย การประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร (Compulsory License หรือย่อว่า CL) กับยารักษาโรค 3 รายการของ กระทรวงสาธารณสุข ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน (Clopidogrel) ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรดื้อยา (efavirenz ยา lopinavir+ritonavir)	Efavirenz จากเดือนละ 1,300 บาท เหลือเดือนละ 650 บาท Lopinavir/Ritonavir จากเดือนละ 6,000 บาท หรือปีละ 7,200 บาท Clopidogrel จากราคาเม็ดละกว่า 70 บาท เหลือเพียงเม็ดละไม่เกิน 10 บาท
ลดเวลารอคอยโรคมะเร็ง ใช้โปรแกรม Cancer registry (Thai cancer base Program)	โรคมะเร็งที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการ รักษาด้วยรังสีภายใน 6 สัปดาห์ จากเดิม 6 เดือน

ภาพที่ 6-6 กราฟ Xbar-R Chart แสดงเวลา door to balloon time**



**

โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ก.การควบคุมต้นทุน

(6) การควบคุมต้นทุน

สป.สธ.ให้ความสำคัญกับการใช้จ่ายทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานสูงสุด โดยมีแนวคิด คือ การพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสม เกิดความสมดุลในแต่ละกิจกรรม การวิเคราะห์งบประมาณใช้จ่ายในแต่ละปีเทียบกับเป้าหมายและผลผลิตแต่ละกระบวนการวางแผนในการบริหารจัดการองค์การที่มีคุณภาพและจัดทำงบประมาณสอดคล้องไปกับแผนกลยุทธ์แผนปฏิบัติการประจำปีรวมทั้งงานที่สำคัญและจำเป็นต่างๆ ที่ช่วยให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ ส่วนกิจกรรมที่ไม่จำเป็นหรือไม่ก่อให้เกิดมูลค่าก็ทำการลดหรือปรับปรุงขั้นตอนในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้มีการวางกลไกในการควบคุมต้นทุนโดย ❶ มีการกำกับ ติดตาม ความก้าวหน้าผลการดำเนินงานและงบประมาณจากการประชุมของผู้บริหาร และจากระบบ GFMS และระบบการติดตาม ตามยุทธศาสตร์ของระบบ DHC โดยมีการรายงานเป็นรอบ 3, 6, 9, 12 เดือน ❷ มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดของ สป.สธ. เพื่อใช้ในการควบคุมติดตาม เช่น ร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายรวม ร้อยละของต้นทุนต่อหน่วยที่ลดลง โดยกลุ่มคลังและพัสดุ ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ และยาที่ลดลง จากการจัดซื้อยาร่วม ❸ ผู้บริหารทุกระดับของ สป.สธ.ได้มีการติดตามในการประชุม สป. สดก.TBM. เพื่อไปปรับกับแผนปฏิบัติการ

ประจำปี เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาในระบบงานได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันและแก้ปัญหาทุกระดับ สามารถทำงานได้เร็วขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

นอกจากนี้ สป.สธ. ได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานต่างๆ ได้นำวงจรการควบคุม PDCA ร่วมกับการจัดการความรู้ (KM) และการประชุมของผู้บริหาร เป็นกรอบแนวคิดในการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละกระบวนการจะดำเนินการทบทวนขั้นตอน ระยะเวลา ทรัพยากรและผลลัพธ์ หากพบขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนหรือไม่ก็ทำตาม ให้ใช้วิธีการลดหรือรวมขั้นตอน รวมทั้งการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหาร โดยกำหนดรอบในการทบทวนไว้ทุกปีหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง จากนั้นดำเนินการ สื่อสารถ่ายทอดให้หน่วยงานในสังกัดนำไปปฏิบัติ และประเมินผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น และมีกิจกรรมที่ทำให้ลดต้นทุนขององค์กร โดยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

สป.สธ. มีการดำเนินงานบริหารจัดการคุณภาพโดยการพัฒนาให้สถานบริการในสังกัดต้องผ่านการรับรองมาตรฐาน HA เพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน ลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการ โดยการตรวจสอบติดตาม ทีมเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Audit) และทีม QRM ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทำให้ลดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเยียวยา ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ลดการจ่ายยาเมื่อมีการส่งเสริมรักษาคุณภาพที่ดี ลดข้อร้องเรียนในการรับบริการ ตามภาพที่ 7.1-5 /7.6-5/ 7.6-6/ 7.6-7

การบริหารจัดการร่วม

สป.สธ.มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการหน่วยงานในส่วนภูมิภาคในรูปแบบของเขตสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพในแต่ละเขต จำนวน 12 เขตสุขภาพ ประกอบด้วยจังหวัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบจำนวน 4-8 จังหวัด และรับผิดชอบประชากรจำนวนประมาณเขตสุขภาพละ 5,000,000 คน มีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการฯ เน้นการให้บริการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ และพัฒนาระบบบริการที่ดีมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการปรับระบบการบริหารจัดการเป็นการบริหารและบริหารร่วม ประกอบด้วย 1) **การบริหารกำลังคนร่วม** มีการดำเนินการบูรณาการการทำงานในเขตสุขภาพเดียวกันโดยการหมุนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องและจำเป็นในการดำเนินการให้บริการในพื้นที่ ระหว่างสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายเขตสุขภาพเดียวกัน เช่น แพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในเครือข่าย 2) **การบริหารจัดการงบประมาณ** โดยแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการงบประมาณร่วมในระดับเขตสุขภาพ เพื่อบริหารจัดการงบประมาณในภาพรวมของเขตสุขภาพร่วมกัน เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค และเท่าเทียมกัน 3) **การบริหารการลงทุนร่วม** แต่ละเขตสุขภาพมีการประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพในการบริหารจัดการครุภัณฑ์ที่มีราคาแพงในพื้นที่เขตสุขภาพ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีเครื่องมือนี้ทุกโรงพยาบาล เช่น เครื่องเอ็กซเรย์ทางสมอง เครื่องไตเทียม ฯลฯ และจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการใกล้บ้านที่สุด ใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขต และดูแลเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลเล็กสุดไปจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญเชี่ยวชาญร่วมกัน เช่น เครือข่ายนครชัยบุรีนคร เขตสุขภาพที่ 9 ได้รับการยกย่องเป็นต้นแบบการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเต็มประสิทธิภาพด้านโรคหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) มีจุดศูนย์กลางอยู่ที่ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ที่มีศักยภาพในการให้บริการวินิจฉัยและตรวจรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการให้บริการอยู่ในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อมรองรับการใช้เครื่องมือและพร้อมให้บริการประชาชนในเขตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ลดต้นทุนงบประมาณของประเทศในการลงทุนซ้ำซ้อน ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนและญาติในการเดินทางมารับการ

ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช/โรงพยาบาลรามาธิบดี และ 4) การบริหารจัดการซื้อจัดจ้างรวมยาและเวชภัณฑ์ที่

มิใช่ยา จากปัญหาการจัดซื้อยาของ รพ. พบปัญหาคุณภาพของยา ของเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และราคาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ผู้บริหาร สป.สธ. ได้มีการกำหนดนโยบายและระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ.2557 และได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 ฉบับ ในการแก้ปัญหาดังกล่าว และเพื่อเป็นการพัฒนาการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาร่วมของโรงพยาบาลในเขตต่างๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรวมกันจัดซื้อให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองในรายการยาที่มีการใช้ร่วมกัน ส่งผลให้มูลค่าการจัดซื้อจัดจ้างรวมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.32 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 18.15 และร้อยละ 20.44 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ และลดต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงานจัดซื้อจัดจ้าง ร้อยละ 0.72 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 7.26 และร้อยละ 3.22 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ

การบริหารการเงินการคลัง (CFO)

สป.สธ.ได้จัดตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ของหน่วยบริการ ทั้งในหน่วยงานส่วนกลาง และเขตบริการสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่พัฒนาหลักการดำเนินการบริหารการเงินการคลัง พัฒนาระบบบัญชีและข้อมูลสารสนเทศการเงินการคลังในระดับปฏิบัติการให้มีความถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ สถานบริการในสังกัด เพื่อลดต้นทุนให้ต่ำลงแต่คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น โดยใช้วงจรการควบคุม PDCA มาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยมีหลักการ ดังนี้ 1) จัดตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทั้งในหน่วยงานส่วนกลาง และเขตบริการสุขภาพ 2) ประเมินประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ เพื่อให้ต้นทุนลดลงอย่างเหมาะสมจนต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันใน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การส่งข้อมูลการบริการ โดยมีการรายงานต้นทุน Unit Cost แบบ Quick method ให้ผู้บริหารรับทราบ (2) การจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการลดลง เช่น การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อลดต้นทุน การส่งต่อเฉพาะภายในเครือข่าย สป.สธ. 3) ควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในหมวดต่างๆ ได้แก่ ค่าแรง (Labor cost : LC) ค่าวัสดุ (Material cost:MC) งบลงทุน (Capital cost:CC) ค่าใช้จ่ายดำเนินการ (Operating cost : OC) 4) จัดทำรายงานต้นทุนผลผลิตต่อหน่วย โดยหน่วยงานจัดทำบัญชีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามกิจกรรมบัญชีกลางกำหนด เปรียบเทียบกับผลการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตระหว่างปีงบประมาณนำผลการคำนวณต้นทุนมาใช้ในการบริหารทรัพยากรของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพ 5) บริหารต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์/พัสดุของหน่วยบริการ ได้แก่ วัสดุทางการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุอิเล็กทรอนิกส์ และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือวัสดุชั้นสูง ซึ่งกลุ่มทุนที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการให้บริการประชาชน และเป็นต้นทุนหลักของหน่วยบริการที่มีสัดส่วนสูงเป็นอันดับสอง รองจากค่าแรง ภายใต้ภาวะงบประมาณที่มีจำกัด การลดต้นทุนกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น แต่หากต้องพึงระวังไม่ให้เกิดการลดต้นทุนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยในการบริหารต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์/พัสดุของหน่วยบริการเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 4 รายการหลักที่ใช้มาก ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจะมีการติดตามควบคุม กำกับติดตามการบริหารจัดการจัดซื้อจัดหา การส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ตามภาพที่ 7.6-19

การตรวจสอบเครื่องมือ

สป.สธ. มีการดำเนินการพัฒนาสถานบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน HA โดยในมาตรฐานนั้น สถานบริการต้องมีเครื่องมือที่มีคุณภาพมาตรฐานพร้อมใช้งานและพร้อมในการให้บริการแก่ประชาชน ซึ่ง สป.สธ. ได้ประสานความร่วมมือ กับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กองวิศวกรรมการแพทย์) จัดทำแผนการสอบเทียบเครื่องมือ (Calibrate) การตรวจประเมิน การทดลอง เป็นรายไตรมาส เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบว่า ชำรุด เสื่อมสภาพ ใช้งานไม่ได้ซ่อมบำรุง หรือจัดหาทดแทนเพื่อให้การบริการไม่หยุดชะงัก และซ่อมบำรุงเครื่องมือให้มีสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาบุคลากร

สป.สธ. ได้มีการวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาด้านใดบ้างที่ตอบสนอง บทบาท การกิจ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากรใช้งบประมาณมาก สป.สธ. จึงมีการวางแผนการลดต้นทุนในการพัฒนาบุคลากร โดยสนับสนุนให้บุคลากร พัฒนาความรู้ โดยใช้เทคโนโลยี (IT) เข้ามาช่วยพัฒนาบุคลากร สป.สธ. ใช้การเรียนแบบ E –Learning ซึ่งการเรียนแบบ E –Learning มีทั้งหลักสูตรที่สำนักงาน กพ. เช่น การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ โดยลงทะเบียนตามที่สำนักงาน กพ. ประชาสัมพันธ์หลักสูตร เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากร โดยการเชิญวิทยากรมาสอนที่หน่วยงาน หรือ ส่งบุคลากรไปเรียนที่ ต้องเสียค่าใช้จ่ายคนละ 5,000 – 6,000 บาท แต่ค่าใช้จ่ายในการเรียน E –Learning เพียงหลักสูตรละ 590 บาท เท่านั้น

ตัวอย่างการปรับปรุง สป.สธ.ได้ปรับเปลี่ยนระบบการประชุมผู้บริหาร และใช้อุปกรณ์ด้าน IT ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาราชการของผู้บริหารลดลงจากเดิมที่ต้องเดินทางมาประชุมที่ สป.สธ. โดยนำระบบ VDO Conference มาใช้ผู้บริหารสามารถประชุมสั่งการและติดตามผลการปฏิบัติงานได้ภายใน 30 นาที สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาราชการของผู้บริหารระดับ 9 จำนวน 106 คน/1 วัน เฉลี่ย 8,970 บาท/คน สป.สธ.มีการประชุม Tuesday meeting 4 ครั้ง/เดือน รวม 37,239,360 บาท สป.สธ. ได้ลงทุนซื้ออุปกรณ์ระบบประชุมทางไกล (Polycom) ติดตั้งให้สำนักงานสาธารณสุข 76 แห่ง และโรงพยาบาล 30 แห่ง แห่งละ 300,000 บาท รวมเป็นเงิน 38,800,000 บาท จะเห็นได้ว่าเมื่อนำระบบ VDO Conference มาใช้งานช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้บริหารจากจังหวัดมาที่ส่วนกลางลงได้ถึง ปีละ 37,239,360 บาท

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สป.สธ.มีการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสม เกิดความสมดุลในแต่ละกิจกรรม โดยสามารถควบคุมและบริหารต้นทุนการจัดซื้อ บริหารจัดการคล้อยา ด้วยการจัดซื้อร่วมยา ไม่กระทบต่อคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ โดยผู้รับบริการได้คุณภาพและเข้าถึงบริการได้มากกว่าเดิม ทั้งนี้ยังได้มีการดำเนินการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามแนวทางของกรมบัญชีกลาง และมีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง โดยการบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการดำเนินงานต่างๆ เพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่องค์กรจะเกิดความเสียหายหรือขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีมาใช้เพื่อลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น

ตารางที่ 6-4 แสดงแนวทางการควบคุมต้นทุน

แนวทางการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์
1. โรงพยาบาลทุกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการที่กำหนด HA และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ผ่านมาตรฐาน DHS-PCA	- ทำให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนมีประสิทธิภาพ - ลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการ - ลดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล - ลดค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมยา / ลดข้อร้องเรียนในการรับบริการ	- อัตราที่ลดลงของจ่ายเงินเยี่ยมยา - มูลค่าการช่วยเหลือเยี่ยมยาความเสียหายจากการจากการฟ้องร้องทางกฎหมาย	7.6-13
2. การซื้อขายและเวชภัณฑ์ร่วม	- สามารถบริหารต้นทุนการจัดซื้อ และบริหารจัดการคลังยา - สามารถประหยัดงบประมาณเพิ่มขึ้นได้ยาและเวชภัณฑ์ในอัตราที่เท่าเดิม หรือมากกว่าเดิม เพียงพอต่อความต้องการ	การเพิ่มมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน	7.6-1
3. การตรวจสอบเครื่องมือ	- มีมาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเพื่อตรวจสอบเครื่องมือทางการแพทย์	ค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากการตรวจสอบเครื่องมือ	7.6-14
4. การแชร์ทรัพยากร เครื่องมือ คน	- งบประมาณมีจำนวนจำกัด - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ยังขาดบุคลากรเชี่ยวชาญด้านนี้ จึงหมุนเวียนแชร์ทรัพยากร เครื่องมือ คนในเขตสุขภาพ	- จำนวนผู้รับบริการต่อผู้ให้บริการ - จำนวนศูนย์ความเชี่ยวชาญบริการเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	7.6-14
5. ต้นทุนการพัฒนาบุคลากร	- ใช้ระบบสารสนเทศมาพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานและลดต้นทุนจากอบรมจากหน่วยงานภายนอก	อัตราที่ลดลงของงบประมาณการพัฒนาต่อบุคลากร	7.5-14

สป.สธ.ได้ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นที่ระบุ (P) ภายใต้มาตรฐานการรักษาพยาบาลที่กำหนดซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับการตอบสนองตามขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีระบบการประกันคุณภาพโดยมีคณะผู้บริหารเป็นผู้ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลเพื่อพัฒนาตลอดเวลา

ข. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

(7) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

สป.สธ. ใช้ Supply Chain Management วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมต่างๆ อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ผู้ส่งมอบ และดำเนินการร่วมกันผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ การส่งกลับข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตและบริการที่ได้มาตรฐานและส่งมอบไปยังผู้รับบริการ ผ่านกระบวนการที่สำคัญและสนับสนุน ตามภาพ Value Chain 6-3 เช่น การจัดส่งวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ให้บริการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ จัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ การลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้คนไทยสุขภาพดี ซึ่งผลผลิตส่วนหนึ่งถูกขับเคลื่อนโดยตรงจากผู้ส่งมอบและผู้ให้ความร่วมมือของ สป.สธ. ด้วยการสร้างและพัฒนาเครือข่ายผ่านการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การติดต่อสื่อสารหลายช่องทาง นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ให้มีความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร



ภาพที่ 6-7 Supply Chain Managements

สป.สธ. มีวิธีการบริหาร Supply เพื่อสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ ในการรักษาพยาบาลผ่านระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ส่งมอบที่มี มีลักษณะตรงตามข้อกำหนด มีคณะกรรมการจัดซื้อยาร่วมระดับเขตสุขภาพ จังหวัด มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ส่งมอบ การอ้างอิงจากบัญชียาหลักแห่งชาติ การเจรจาต่อรองราคาและเปรียบเทียบกับรายอื่น และเข้าสู่กระบวนการจัดซื้อ เน้นคุณภาพของยา โดยกำหนดในทีโออาร์ว่าต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพจาก Third Party หรือยาบางตัวไม่มีห้องแล็บในเมืองไทย ต้องส่งไปตรวจที่ต่างประเทศก่อนคัดเลือกผู้ส่งมอบ โดยมีแนวทางรวม 6 วิธีการ ดังนี้

1. **จัดทำทะเบียนผู้ส่งมอบ** โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ให้มีคุณภาพ (คุณสมบัติตามมาตรฐาน ราคา การส่งมอบ ระยะเวลาการส่งมอบ บริการหลังการขาย วางแผนรวมกัน กับผู้ส่งมอบ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการทำงานล่วงหน้า อาทิ การทำวัคซีน การจัดเก็บคุณภาพยา ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าปัจจัยนำเข้าได้มาตรฐานคุณภาพตามที่กำหนด ทั้งนี้ได้มีกระบวนการคัดเลือกผู้ส่งมอบโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ส่งมอบยาและเวชภัณฑ์โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ ผ่านมาตรฐาน GMP Certification การตรวจสอบสภาพโรงงาน และการปฏิบัติงานปกติในภาพรวม แหล่งที่มาของวัตถุดิบ ผลิตภัณฑ์และบริการ มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มีประวัติไม่ละทิ้งงาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. **วางแผนร่วมกัน** ตามช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม มีการวางแผนปริมาณความต้องการสินค้าให้ครอบคลุม เพื่อให้ทันต่อความต้องการ นอกจากนั้นจัดประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างผู้ส่งมอบเพื่อให้ ผู้ส่งมอบเกิดการพัฒนาด้านผลิตภัณฑ์ตรงตามความต้องการและได้คุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3. **ตรวจเยี่ยม** โดยสป.สธ. ได้มีการลงตรวจเยี่ยมพื้นที่โรงงานการผลิตยาหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ซึ่งเป็นสถานที่ผลิตเพื่อส่งมอบให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อดูมาตรฐานการผลิตโดยคำนึงถึงเรื่องของคุณภาพร่วมกับการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้ความสำคัญกับกระบวนการผลิตของวัตถุดิบ เหล่านั้นด้วยว่า เป็นไปตามมาตรฐานควบคุมคุณภาพ การนำมาคัดเลือก ทำความสะอาด บรรจุหีบห่อ รวมถึงการสำคัญของความปลอดภัยของสุขภาพของคนงาน และป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคามของการทำงาน ด้านอาชีวอนามัย

4. **การตรวจประเมิน** หลังจากที่ได้ตรวจเยี่ยมพื้นที่การผลิตของผู้ส่งมอบแล้ว สป.สธ. ได้ให้ feed back ข้อเสนอแนะแก่ผู้ส่งมอบทั้งจาก สป.สธ. และผู้รับบริการที่ได้รับบริการจากผู้ส่งมอบ เพื่อเป็นแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาสินค้า รวมทั้งการบริการ เพื่อเป็นการควบคุมมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นการวัดและประเมินศักยภาพและความพร้อมของผู้ส่งมอบ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้นำมารวบรวมเพื่อใช้ในการวางแผนงานร่วมกัน

5. **วางแผนพัฒนา** สป.สธ. มีการทบทวนความต้องการของผลิตภัณฑ์ คุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อวางแผนให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านผลิตภัณฑ์และความพึงพอใจ รวมทั้งการควบคุมราคาและระยะเวลาการส่งมอบให้ดีขึ้น โดยได้นำผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาประกอบการวางแผนร่วมกันเพื่อพัฒนาไปด้วยกัน โดยมีโปรแกรมการพัฒนาผู้ส่งมอบให้เหมาะสมตามปัญหาและความต้องการของทั้งสองฝ่าย ซึ่งพบว่า ปัญหาสำคัญที่ควรมีการพัฒนาคือการแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความสัมพันธ์ เพื่อความร่วมมือในระยะยาว ทั้งในด้านของนโยบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงผลประโยชน์ร่วมกัน ด้านคุณภาพ การขนส่ง และเพื่อให้เกิดความร่วมมือและความเชื่อมั่นในสินค้าและบริการ ยิ่งขึ้น

6. การให้รางวัลและยกย่องชมเชย

สป.สธ. ให้ความสำคัญกับผู้ส่งมอบด้วยการพัฒนาและเติบโตไปด้วยกัน ซึ่งสป.สธ. ใช้กลไกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชยเพื่อส่งเสริมขีดความสามารถของผู้ส่งมอบที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการปฏิบัติงานของ สป.สธ. โดยพิจารณาตามเกณฑ์การพัฒนาที่ได้กำหนด รวมทั้งผลสำรวจ อาทิ คำกล่าวชื่นชม การประกาศเกียรติคุณ เป็นต้น

ทั้งนี้ องค์การเภสัชกรรม เป็นหนึ่งในผู้ส่งมอบหลักของสป.สธ. โดยมีการประชุมร่วมกันกำหนดนโยบาย วางแผนตั้งโรงงานผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ขึ้นในประเทศไทย ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก เพื่อลดการนำเข้าวัคซีนไข้หวัดใหญ่จากบริษัทข้ามชาติ ตั้งแต่ปี 2555 ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างโรงงานผลิตวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี คาดว่าจะสามารถเปิดโรงงานวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ได้ใน ปี 2561 ผลลัพธ์ 2 ล้านโดส จาก แนวทางการจัดการห่วงโซ่อุปทานดังกล่าว ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพผู้ส่งมอบอย่างก้าวกระโดดผู้ส่งมอบบางรายสามารถสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการผลิตและส่งมอบให้ผลผลิตและบริการให้กับสป.สธ. ที่สำคัญเกิดการพัฒนาศักยภาพเติบโตเคียงคู่กันไป ส่งเสริมขีดความสามารถของสป.สธ.ตามห่วงโซ่คุณค่าของ สป.สธ.อีก การตั้งโรงงานผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ขึ้นตามข้อตกลง อาเซียน+3 ให้กับประเทศญี่ปุ่นเพื่อรองรับการผลิตจากระดับโรงงานต้นแบบขยายสู่ระดับอุตสาหกรรม ให้ครอบคลุมการสร้างภูมิคุ้มกันหวัดใหญ่แก่ประชาชน พร้อมกระจายสู่เพื่อนบ้านเพื่อสกัดการแพร่ระบาดในภูมิภาค

ค.การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยและต่อภาวะฉุกเฉิน

(8) ความปลอดภัย และ (9) การเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

สป.สธ. ได้เตรียมความพร้อมในการป้องกันภาวะฉุกเฉินและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดตั้งหน่วยงาน “สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน” ทำหน้าที่ เป็นหน่วยงานหลักด้านการบริหารจัดการ สาธารณภัยด้านการแพทย์และ โดยยึดกรอบแนวทางการดำเนินงานและการกิจตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 ตามยุทธศาสตร์ 2P2R ได้แก่ 1.การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention and mitigation) 2.การเตรียมความพร้อม (Preparedness) 3.การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response Management) 4.การจัดการหลังเกิดภัย (Rehabilitation and Reconstruction Recovery) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) โดยการประเมินแบบ small success (ทุกไตรมาส) เพื่อให้หน่วยงานในสังกัด สป.สธ. ทุกระดับ มีความพร้อมในการบริหารจัดการสาธารณภัยอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์ประกอบด้วย

1.การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention and mitigation)

1.1 จัดทำแผนแม่บทการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2558 – 2562 โดยยึดกรอบนโยบายเตรียมความพร้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2558- 2564, แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 และกรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ.2558-2573 (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 - 2030) แบ่งการดำเนินงาน 4 ยุทธศาสตร์ตามหลัก 2P2R โดยให้ทุกหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคกำหนดบทบาทหน้าที่ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสาธารณสุขทั้งใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และระยะฟื้นฟู ของสาธารณสุขทั้ง 14 ภัยธรรมชาติ และ 4 ภัยด้านความมั่นคง เพื่อใช้เป็นแผนหลักในการประสานการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.2 ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงภัยของสถานบริการสุขภาพ โดยสำรวจข้อมูลประเมินความเสี่ยงภัยของอาคารสถานที่ใน สป.สธ. รวมถึงสถานบริการสุขภาพทุกระดับ สำหรับเป็นข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงอาคาร/สถานที่เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ และบุคลากรใน สป.สธ.

ตารางที่ 6-5 วิธีการดำเนินงานตามแผนบริหารความต่อเนื่องของสปส.

ประเภทภัย	การดำเนินงานแต่ละระยะ			ผลลัพธ์
	ก่อนเกิดภัย	ขณะเกิดภัย	หลังเกิดภัย	
➤ ภัยจากธรรมชาติ 14 ภัย				
อุทกภัยและดินโคลนถล่ม, ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน, อัคคีภัย, ภัยจากสารเคมีและวัตถุ, ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง, ภัยแล้ง, ภัยหนาว, ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน, ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม, ภัยจากคลื่นสึนามิ, ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์, ภัยจากโรคระบาดในสัตว์เลี้ยง, ภัยจากโรคระบาดสัตว์ และภัยจากเทคโนโลยีสารสนเทศ	- ประเมินความเสี่ยงภัยแต่ละพื้นที่ - ตรวจสอบปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงภัย - จัดทำแผนที่เสี่ยงภัย - จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับภัย	- จัดตั้งศูนย์ PHEOC - อพยพหมู่บ้านเสี่ยงภัย - จัดตั้งหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข - เตรียมทีมกู้ชีพ ทีมรักษาพยาบาลและหน่วยบริการด้านการแพทย์ให้พร้อมรองรับต่อผู้บาดเจ็บ - ประสานงานการให้ความช่วยเหลือกับหน่วยงานอื่น	- ป้องกัน ฝ้าระวังโรคหลังเกิดภัย - ฟื้นฟูโครงสร้างสถานบริการและสุขภาพประชาชน - ประเมินความปลอดภัยของโครงสร้างสถานบริการหรือชุมชน - สนับสนุนงบประมาณ - ถอดบทเรียน	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) และฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 10 นาที
➤ ภัยจากความมั่นคง 4 ภัย				
ภัยจากการก่อวินาศกรรม, ภัยจากทุ่นระเบิดกับระเบิด, ภัยทางอากาศ, ภัยจากการชุมนุมประท้วงและการก่อจลาจล	- ติดตามสถานการณ์ด้านความมั่นคงทั้งในประเทศและนอกประเทศ - ซ้อมแผนการรักษาพยาบาลจากเหตุการณ์วินาศกรรม - จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับภัย	- จัดตั้งศูนย์ PHEOC - จัดตั้งหน่วยบริการ/โรงพยาบาลสนามและทีมให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุข - เตรียมทีมกู้ชีพ ทีมรักษาพยาบาลและหน่วยบริการด้านการแพทย์ให้พร้อมรองรับต่อผู้บาดเจ็บ	- สนับสนุนงบประมาณในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัย - ติดตามผลการรักษาพยาบาล - ประเมินความปลอดภัยของโครงสร้างสถานบริการหรือชุมชน	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) และฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 10 นาที

2. การเตรียมความพร้อม (Preparedness)

2.1 การฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย โดย สปสช. ดำเนินการสนับสนุนการฝึกซ้อมแผนออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยในระดับเขตสุขภาพ 12 เขต เป็นประจำทุกปี โดยให้แต่ละเขตสุขภาพเป็นผู้กำหนดสถานการณ์ รูปแบบการฝึกซ้อมตามบริบทพื้นที่และความเสี่ยงภัยตามสถานการณ์ปัจจุบัน 2) การฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณภัยและด้านภัยความมั่นคงแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นจำนวน 7 หน่วยงาน เช่น การฝึกการบริหารวิกฤตการณ์ระดับชาติประจำปี 2559 C-MEX16, การฝึกซ้อมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติประจำปี 2559 D-MEX16, การฝึกซ้อมการระดมสรรพกำลังเพื่อการทหารในการป้องกันประเทศ MOBEX โดยจะทำการฝึกเป็นประจำทุกปี สถานการณ์การฝึกจะเปลี่ยนแปลงไปตามนโยบายรัฐบาลและสถานการณ์การเกิดสาธารณภัยที่สำคัญของช่วงปีที่ผ่านมา

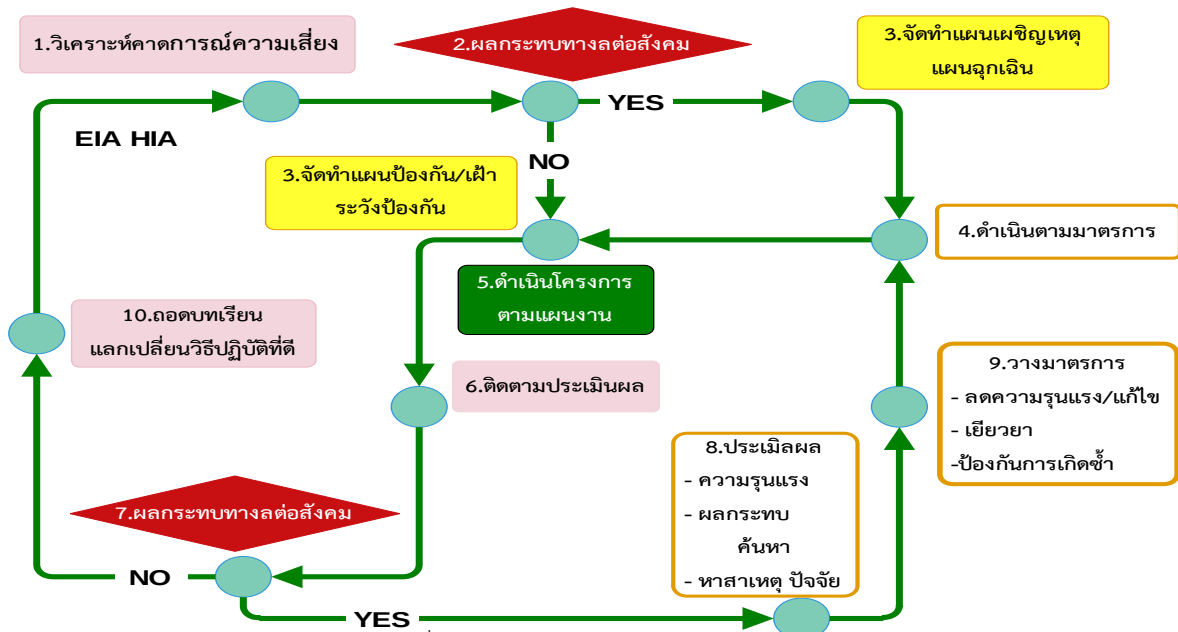
2.2 ศูนย์วิทยุสื่อสารและสั่งการ สปสช. ใช้เป็นศูนย์เฝ้าระวังเตรียมความพร้อมติดตามข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ผ่านช่องทาง ได้แก่ 1) ทดสอบวิทยุสื่อสาร ระบบ e-Radio คลื่นความถี่ 154.925 Hz สำหรับรายงานสถานการณ์สาธารณภัยของจังหวัด เวลา 09.30 น. ของทุกวัน 2) จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังสาธารณภัยทุกวัน 24 ชั่วโมง โดยใช้เป็นช่องทางในการรับแจ้งเหตุและติดตามเหตุสาธารณภัยกับหน่วยงานระดับภูมิภาคผ่านช่องทางการติดต่อโทรศัพท์เคลื่อนที่ : 092-251-1771 E mail : pher.moph@gmail.com Line ID : phemoph

3. การบริหารจัดการฉุกเฉิน (Emergency Response Management)

3.1 จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข Public Health Emergency Operation Center-PHEOC) เพื่อใช้เป็นศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข/ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System-ICS) เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการสั่งการ อำนวยการและการประสานงานกับหน่วยงานในสังกัดและหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การเภสัชกรรม ฯลฯ พร้อมทั้งประสานความร่วมมือหน่วยงาน เครือข่าย ภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

เช่น โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลเอกชน มูลนิธิ อาสาสมัครต่าง ๆ เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของทุกประเภทภัยอย่างทันท่วงที

4. การจัดการหลังเกิดภัย (Rehabilitation and Reconstruction Recovery) 4.1 ประเมินและดำเนินการฟื้นฟู ป้องกัน ฝ่า ระวังโรคหลังเกิดภัย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้อยู่ในสภาพที่ดีเหมาะสมกับการดำรงชีวิตในระดับที่ยอมรับได้ และเป็นสากล จากกระบวนการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น ทำให้บุคลากรในสังกัด สป.สธ.



รวมถึงประชาชนในพื้นที่ประสบภัย ภาพที่ 6-8 การเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน ได้รับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีคุณภาพปลอดภัยและมีความมั่นใจในระบบบริการสาธารณสุขทุกระยะของการเกิดภัยอย่างทันท่วงทีในทุกสถานการณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

นอกจากนี้ สป.สธ. กำหนดให้ทุกหน่วยงานในสังกัด จัดทำแผนประกอบกิจการภายในองค์กร (Business Continuity Plan : BCP) เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานบริการทุกแห่ง เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินหรือสาธารณภัย อันจะส่งผลกระทบต่อหน่วยงานนั้น ไม่หยุดชะงัก สามารถดำเนินการกิจหลักของหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถฟื้นฟูให้หน่วยงานกลับมาปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วที่สุดตามแนวทางที่กำหนดไว้

สป.สธ. ได้จัดระบบและสนับสนุนการฝึกซ้อมแผนสาธารณภัย ในระดับเขตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อให้พัฒนากลไกการประสานงานในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ประสาน รับคำสั่ง) ตลอดจนให้ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ฝึกซ้อมเสมือนจริงในสถานการณ์ภัยพิบัติทุกรูปแบบ เพื่อให้มั่นใจได้ว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง มีความพร้อมทั้งในด้านการประสานงาน และการลงปฏิบัติงานภาคสนามในทุกสถานการณ์

นอกจากนี้ สป.สธ. ยังมีการทบทวนแผนตอบโต้สาธารณภัย โดยมีการจัดประชุมทบทวนหลังการปฏิบัติการ (AAR) ทั้งในระดับยุทธศาสตร์ และระดับปฏิบัติการ โดยในระดับยุทธศาสตร์ มีการปรับแผนยุทธศาสตร์การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2565 เพื่อให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข และแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 อีกด้วย

(10) การจัดการนวัตกรรม

สป.สธ. ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำไปพัฒนาของระบบงานของ กท.สธ.และสนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานคิดและสร้างนวัตกรรมต่างๆผ่านกระบวนการจัดการนวัตกรรมดังนี้

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนให้บุคลากรมีความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์ (หมวด1) สร้างบรรยากาศในการสร้างนวัตกรรมและจัดการความเสี่ยง โดยอาศัยความเชี่ยวชาญและสมรรถนะของบุคลากร ให้เข้ามามีส่วนร่วมคิดและริเริ่ม สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กร

2. นำความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วน มาเป็นข้อมูลในการสร้าง และพัฒนา นวัตกรรมในองค์กร เพื่อให้กระบวนการทำงานและกระบวนการให้บริการ รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

3. กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในระหว่างที่มีการปรับปรุงยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อให้ประชาชนทุกคนในเขตสุขภาพได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยในเขตสุขภาพ และนำมากำหนดกระบวนการดังตาราง 6-1

4. การพัฒนาแนวคิดการสร้างสรรค่นวัตกรรมแก่ทีมงาน สป.สธ. ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม ตามกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน แก่หน่วยงานในสังกัดเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ นำไปสู่การสร้างนวัตกรรม

5.การประเมินแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรม ได้แก่ การวิเคราะห์และประเมินผลกระทบและผลประโยชน์ของนวัตกรรม ความต้องการด้านทรัพยากรเพื่อการจัดการนวัตกรรม

6.สร้างทีมความร่วมมือ โดย สป.สธ.จัดตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้ ในการผลักดันการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน และระยะเวลาที่กำหนดขึ้น เช่น แผนการจัดการความรู้ของหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการด้านวิชาการ สาขากายภาพบำบัด ทันตแพทย์ สาธารณสุข วิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่วนในสาขากายภาพบำบัดได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการรางวัลคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ และคณะผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ เป็นต้น จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการศึกษา กระทรวงสาธารณสุขของต่างประเทศ เพื่อให้การสนับสนุนวิชาการ กำหนดกฎเกณฑ์การคัดเลือกผลงานวิชาการ/นวัตกรรมดีเด่น/เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ และนำเผยแพร่ผ่านการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข/การประชุมวิชาการประจำปีของสำนักงานการพยาบาล และวารสารวิชาการสาธารณสุข และ วารสารกองการพยาบาล



ภาพที่ 6-9 วงจรการจัดการนวัตกรรมสป.สธ.

7.การปรับปรุงกระบวนการ โดยใช้หลัก PDCA ตามรายละเอียด ข้อ 5 การปรับปรุงผลผลิต การบริการและกระบวนการ

8. สป.สธ. ได้มีการส่งเสริมบรรยากาศให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และเป็นช่องทางในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากยิ่งขึ้น โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ ในเวทีนำเสนอผลงานการจัดการความรู้ของเขตสุขภาพ จัดให้มีรางวัลคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ : NQA เป็นรางวัลระดับชาติซึ่งใช้เกณฑ์การตัดสินเดียวกับ TQA จัดประกวดผลงานวิชาการ/นวัตกรรมในการประชุมวิชาการประจำปีและงานมหัศจรรย์ใจของสำนักงานการพยาบาล และการประชุมวิชาการประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปีครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการตัดสินการประกวดรางวัล ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัด สป.สธ. นำเสนอและเผยแพร่องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม สู่สาธารณะ และได้นำผลงานจากการประกวดทุกประเภท เผยแพร่ผ่านทาง Website กระทรวงสาธารณสุข, วารสารวิชาการสาธารณสุขมีการจัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมโดยฝ่ายวิชาการ สำนักวิชาการสาธารณสุขที่ www.digitaljournals.org/pubnetmoph/ และ ฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ โดย สำนักงานการพยาบาล ที่ www.nursing.go.th

9.ทีมวิชาการบูรณาการนวัตกรรมที่มีผลงานดีเด่นและได้รับรางวัลยอดเยี่ยม ผลงานการจัดการความรู้กระทรวงสาธารณสุข และผลงานจากการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศของหน่วยบริการจากเขตสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบริการและปรับปรุงกระบวนการงาน

10.การวิเคราะห์ การจัดการนวัตกรรมเพื่อนำไปกำหนดโอกาสเชิงยุทธศาสตร์ในอนาคตให้เกิดบรรยากาศที่ดีในองค์กร เพื่อเสริมสร้างให้บุคลากรมีความริเริ่มสร้างสรรค์และพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ Roadmap ของการก้าวสู่นวัตกรรมของ สป.สธ. ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวง ระดับประเทศเพื่อต่อยอดผลงานไปสู่ระดับโลก จากการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ สป.สธ.เป็นต้นแบบในการจัดการนวัตกรรมของกระทรวงด้วยผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ ได้แก่

ผลงานนวัตกรรมระดับประเทศ(ส.กพร.) สป.สธ. ได้รับรางวัลระดับประเทศได้แก่รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ผลงาน เช่น การพัฒนาระบบ Fast track ในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI เริ่มดำเนินการในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ถือเป็นโมเดลที่ประสบความสำเร็จและมีการขยายผลไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่มีการพัฒนาเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI สามารถลดอัตราการตาย ลดระยะเวลาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (ลด onset time) เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย STEMI โดยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายในการให้ยา SK ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น อัตราของการเปิดหลอดเลือดสำเร็จเพิ่มขึ้น door to needle time ลดลง ซึ่งถือเป็นนวัตกรรม Best practice ที่ประสบความสำเร็จในระบบบริการสุขภาพ สามารถลดอัตราการตาย เกิดเครือข่ายการดำเนินงานที่ดี ประชาชนเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ใช้ทรัพยากรและเวลาอย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ

ผลงานนวัตกรรมระดับนานาชาติ ได้แก่ ❶ **นวัตกรรมโปรแกรม Thai Refer** เป็นระบบส่งต่อที่ช่วยผู้ป่วยให้รอดจากภาวะวิกฤติ เป็นผลงานนวัตกรรมที่ได้รับรางวัลจากประเทศญี่ปุ่น โดยมีการนำระบบ IT มาพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็วขึ้น ❷ **ผลงานนวัตกรรมด้านกำลังคนเพื่อสุขภาพ** รางวัล AAAH Award 2016 (Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health) พัฒนา อสม.เป็นนักบริบาลชุมชน (Care Giver) ช่วยดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ❸ **การรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับนานาชาติ** จาก SIDCER FERCAP โดยเข้ารับโล่และเกียรติบัตรในการประชุมวิชาการ 5th Initial Recognition ณ มหาวิทยาลัยนานาชาติ ประเทศญี่ปุ่น

ผลงานนวัตกรรมระดับโลก (รางวัล United Nations Public Service Awards)

1) โรงพยาบาลโสธร ได้รับรางวัล UN Awards ปี 2008 สาขา improving the delivery of service เรื่อง การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและลดระยะเวลาการรอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก กุญแจสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาล คือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (CQI) โดยใช้วงจร PDCA (Plan Do Check Act)

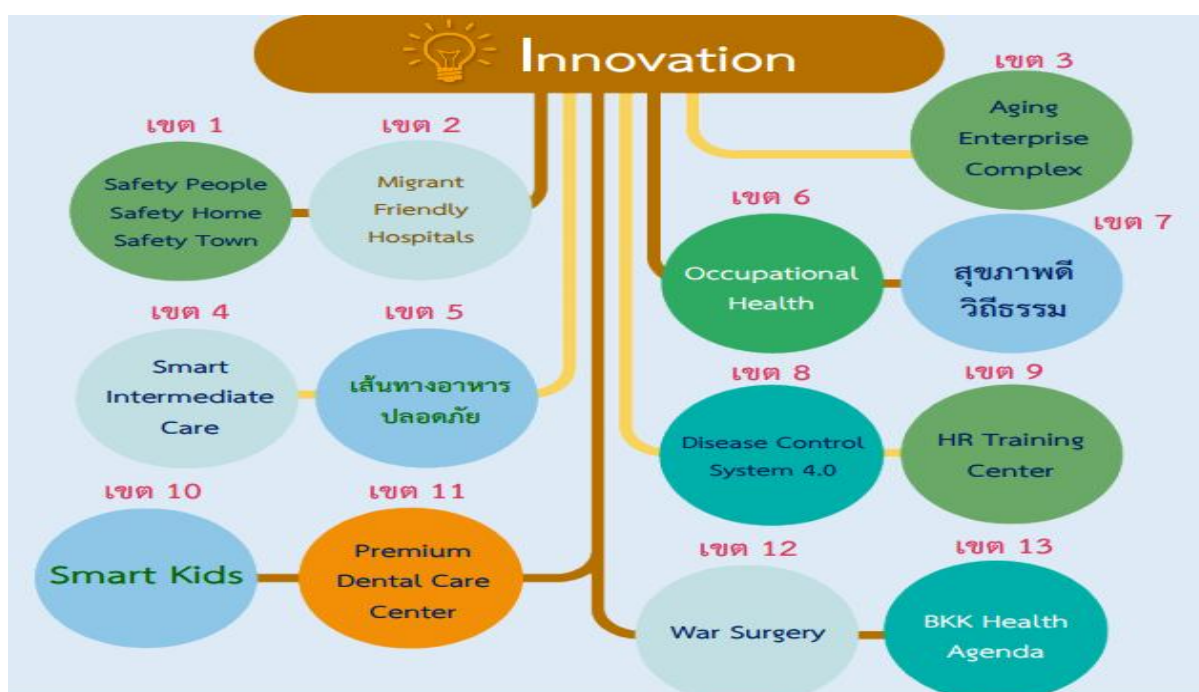
2) โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับรางวัล UN Awards ปี 2016 สาขา improving the delivery of service เรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงในภาวะวิกฤติ (One stop crisis center : OSCC) เป็นศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ 24 ชั่วโมง ทำหน้าที่ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพกายและ สุขภาพจิตจากแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหวิชาชีพ อย่างครบวงจร รวมถึงการส่งต่อไป ยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไปตามความเหมาะสม โดยเป็นหน่วยงานคัดกรองและ ช่วยเหลือผู้ถูกระทำรุนแรง เป็นแหล่งพักพิงชั่วคราวก่อนจะส่งต่อไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ช่วยเหลือต่อไป รวมทั้ง เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานหน่วยงานภายในและนอกโรงพยาบาล ทำให้ผู้ที่ประสบปัญหาสามารถใช้บริการได้รวดเร็วและเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความช่วยเหลืออย่างทั่วถึง

3) โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับรางวัล UN Awards ปี 2015 สาขา improving the delivery of service เรื่อง ทางด่วนพิเศษสำหรับสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เขตบริการสุขภาพที่ 7 (Fast-track Service for High risk pregnancy Health Service Region 7) มีเป้าหมาย “แม่และลูกปลอดภัย” ใช้กลยุทธ์ 1) การจัดระบบบริการ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง และเพิ่มประสิทธิภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 3) การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ขั้นตอนการดำเนินงานพ.ศ. 2547 จัดระบบในโรงพยาบาลขอนแก่น ลดขั้นตอนและลดระยะเวลาในการให้บริการที่

เข้าซ้อน จาก 10 ขั้นตอน เหลือ 4 ขั้นตอน และลดระยะเวลาจาก 60-90 นาทีเหลือ 15 นาที พ.ศ.2548 -2549

ขยายระบบการดูแลครอบคลุมทั้งจังหวัดขอนแก่น รวม 22 โรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2550-2551 ขยายระบบบริการครอบคลุมเครือข่ายทั้ง 4 จังหวัด จำนวน 66 โรงพยาบาล พ.ศ. 2552 –2555

จากผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมดังกล่าว ซึ่งมีที่มาจากยุทธศาสตร์และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของคณะผู้บริหารสป.สธ. โดยมีกำหนดเป็น Road map การจัดการนวัตกรรม-โดยการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถต่อยอดและพัฒนานวัตกรรมได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถขยายผลการนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางตามบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการพิจารณาผลงานวิชาการจัดลำดับความสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผลงานนวัตกรรม ซึ่งคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ที่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ สป.สธ.จะได้รับเป็นสำคัญ



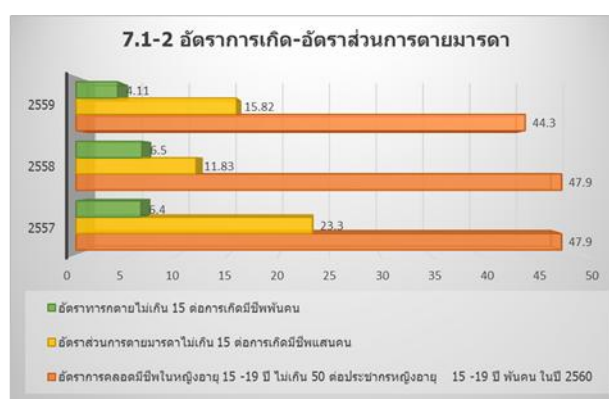
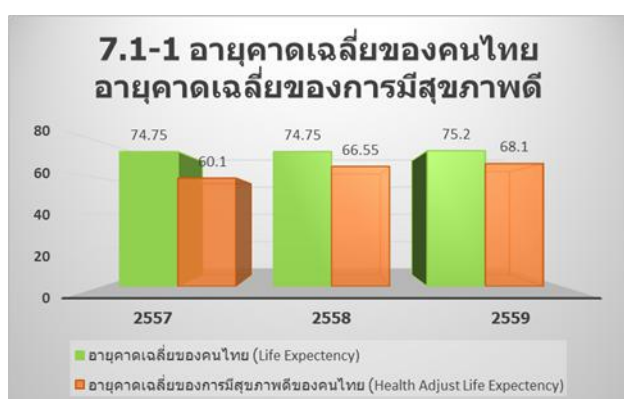
ภาพที่ 6-10 Road Map Innovation 2560-2564

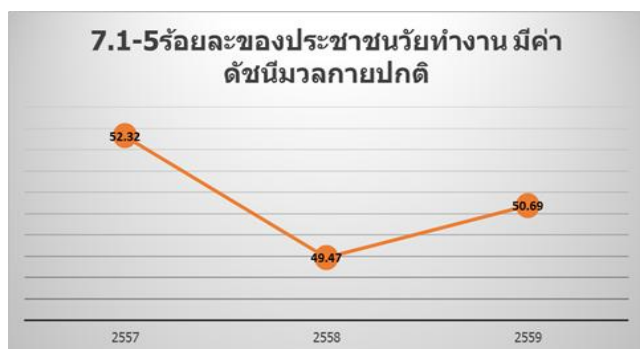
ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินการ

ผลลัพธ์การดำเนินการของสป.สธ. ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มีผลการดำเนินการในภาพรวม ดังนี้

7.1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ

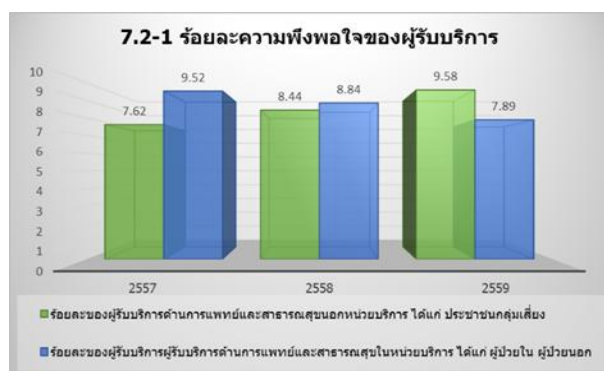
สป.สธ.มีบทบาทภารกิจให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีมีอายุยืนยาว ทีมผู้บริหารได้ใช้ระบบการนำองค์กรเป็นกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมายและได้เทียบเคียงกับเป้าหมาย SDGs เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินนโยบายลดป่วย ลดตายที่เน้นความเป็นเลิศด้าน Preventive Excellence , People Excellence, Service Excellence and Governance Excellence และจากการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2 ปีจากเดิม ดังภาพที่ 7.1- 1-7.1-6





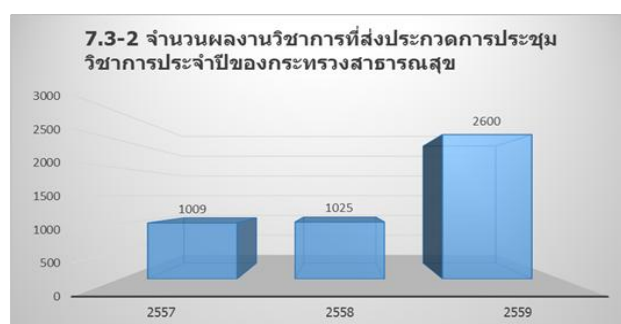
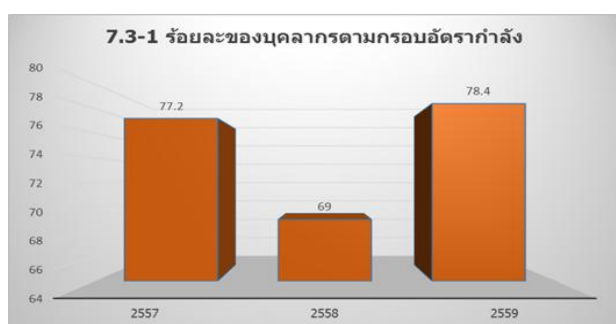
7.2 ผลลัพธ์ด้านการให้ความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

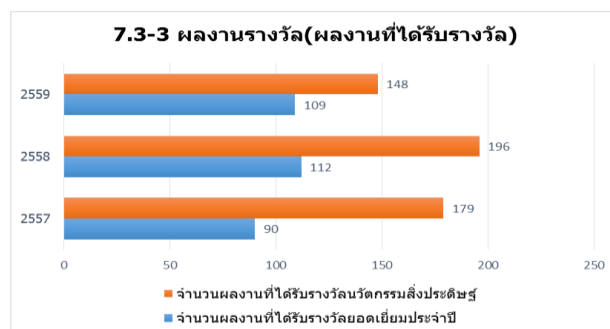
สป.สธ.ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการสำรวจความพึงพอใจผ่านระบบ VOC เป็นประจำทุกปี เพื่อนำข้อมูลสารสนเทศมาปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการลดข้อร้องเรียน สร้างความเชื่อมั่น โดยปรับระบบการให้บริการจากเชิงรับเป็นเชิงรุกให้เข้าถึงผู้รับบริการมากขึ้น เช่น จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมดูแลประชาชนหนึ่งหมื่นคน ส่งผลให้ สป.สธ. ยังสามารถรักษาระดับความพึงพอใจโดยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกปี ดังภาพที่ 7.2-1 ถึง 7.2-2



7.3 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร

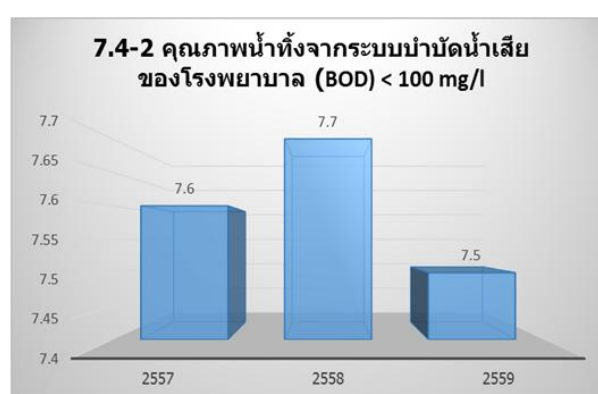
สป.สธ. ได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาขาวิชาชีพหลักให้เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังและรองรับผู้เกษียณได้โดยจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลระยะยาว 10 ปี และออกนโยบาย Healthy Work Place and Work Life เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ของบุคลากรส่งผลให้มีการผลิตผลงานที่มีคุณภาพส่งสมัครรับรางวัลระดับชาตินานาชาติ ดังภาพที่ 7.3-1-7.3-3





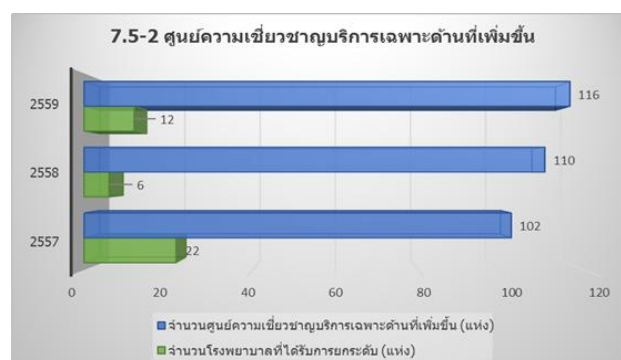
7.4 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแล

คณะผู้บริหาร ยึดมั่นในการดำเนินการกิจอย่างมีธรรมาภิบาล ผ่านระบบการนำองค์การ โดยประพฤติดนเป็นแบบอย่างและประกาศเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชั่น และควบคุมกำกับติดตามทุกสัปดาห์ ส่งผลให้คะแนน ITA ปี 2558 อยู่ที่ร้อยละ 83.69 และร้อยละ 88.22 ในปี 2559 จากอันดับที่ 7 เลื่อนขึ้นมาอยู่ที่อันดับ 3 ดังแสดงในภาพที่ 7.4-1 ถึง 7.4-2



7.5 ผลลัพธ์ด้านงบประมาณการเงิน และการเติบโต

สป.สธ. มีความพยายามในการที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนเกิดความคุ้มค่าและสมประโยชน์ โดยมีการวางระบบควบคุมด้วยแผนการจัดการทางการเงิน (Plan-fin) ของสถานบริการในสังกัดและพยายามเพิ่มขีดความสามารถโดยมีการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทางการแพทย์และรองรับการขยายสังคมของอาเซียน (AEC) ดังแสดงในภาพที่ 7.5-1 57- 7.5-2



7.6 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการและการจัดห่วงโซ่อุปทาน

สป.สร.ให้ความสำคัญกับการออกแบบกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอกและภายใน และการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ นำมาพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ สามารถส่งมอบบริการที่มีคุณค่าแก่ประชาชน ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ และนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ส่งผลให้กระบวนการบริการทางการแพทย์มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ได้มาตรฐานสากล และมีระบบ EOC รองรับภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ดังแสดงในภาพที่ 7.6-1 ถึง 7.6-21

