

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## I-1 การนำ

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

I-1.1 ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

I-1.2 องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่โปร่งใสให้สังคม

**i. บริบท**

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นำวิสัยทัศน์โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของชุมชน พันธกิจ 1.มุ่งมั่นพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 2.จัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีมาตรฐาน 3.เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรตามมาตรฐานวิชาชีพ และพฤติกรรมบริการที่ดี 4.จัดบริการสาธารณสุขโดยเน้นเข้าถึงชุมชน โดยกำหนดความคาดหวังในแต่ละพันธกิจตามกลยุทธ์โรงพยาบาล ให้ใช้ค่านิยมโรงพยาบาลมาปฏิบัติ ค่านิยม MAELAN M-Meeting ร่วมมือกันเป็นทีม ทำงานเป็นทีมในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน/ทีม A-Agility บริการรวดเร็วและยืดหยุ่น ให้ปรับตามความต้องการของผู้ป่วยให้เหมาะสม E-Ethic & Professional standard มีคุณธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ L-Learning องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล A-Altruism เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม โดยกำหนดให้เข้าร่วมกิจกรรมโรงพยาบาล N-Network ทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับ รพ.สต/ชุมชน และแม่ข่าย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กำหนดแนวปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งกำหนดจากคณะกรรมการบริหารร่วมกัน ได้แก่ การมีพฤติกรรมบริการที่ดี กล่าวทักทายผู้รับบริการ ปฏิบัติงานตรงเวลา กำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน ถ่ายทอดแนวทางการประชุมคณะกรรมการบริหารและทีมนำโรงพยาบาล สื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบผ่านหัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย ผ่านทางกลุ่มไลน์ และผ่านกิจกรรมโรงพยาบาล ได้แก่ กิจกรรมเคารพธงชาติหน้าเสาธง ,กิจกรรม OD เป็นต้น

**สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จขององค์กร** โดยผู้นำกำหนดความคาดหวังในการปฏิบัติตามจุดเน้นโรงพยาบาล ได้แก่ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย โรค HT,DM,STEMI,Stroke ,Sepsis ,Pneumonia ในเด็ก ให้ปลอดภัย,การจัดการความเสี่ยง 2P safety goal ,ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน , การปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่กำหนด และตามความท้าทายเชิงกลยุทธ์ 1.การให้บริการที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน มีพฤติกรรมบริการที่ดี 2.การเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิ 3.การประสานกับเครือข่ายชุมชน 4.การจัดเก็บรายได้ให้เพิ่มขึ้น สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ได้แก่ จัดแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงง่าย จัดการ Internet ให้ครอบคลุมพื้นที่ในรพ. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลการปฏิบัติงาน การใช้ข้อมูลตัวชี้วัดในwebsite โรงพยาบาล มาใช้ในการวิเคราะห์และตัดสินใจในการพัฒนาระบบงานต่างๆ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม โดยส่งเสริมการอบรม CQI/นวัตกรรม ให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จัดเวทีนำเสนอผลงานทุกปี สร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันของผู้ป่วย ได้แก่ กำหนดการกล่าวทักทาย ยิ้มแย้มให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการในทีมหน่วยบริการ ผู้นำรับรู้ความคิดเห็นผู้รับบริการพนักงานและรับฟังข้อเสนอแนะในเวทีประชุมระดับอำเภอ กับแกนนำในชุมชน เป็นต้น สร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับบุคลากร โดยรับฟังความคิดเห็นโดยผู้นำเอง ช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นปัญหาหรือท้าทายมากสามารถนัดประชุมกรรมการเร่งด่วนหรือโทรประสานผู้อำนวยการได้ สร้างบรรยากาศการรับฟัง ขอบคุณยกย่องชมเชยในผลงานที่ดีที่ได้มาตรฐาน ผ่านเป้าหมายในที่ประชุมทีมนำ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และเวทีที่ไม่เป็นทางการต่างๆ จัดเตรียมผู้นำในอนาคต โดยจัดทำcareer path ในทุกฝ่าย/ทุกทีมคร่อม/แกนนำ และมีแผนพัฒนาผู้นำต่างได้แก่ พัฒนาสมรรถนะงานบริหาร อบรมผู้บริหารระดับต้น อบรมเฉพาะทางงานคลินิกพิเศษต่างๆ

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมทีมนำ โดยในวาระประชุมทีมนำทุกครั้งกำหนดให้ทุกทีมพร้อมสรุปผลการประชุมและแผนการดำเนินงานต่อเนื่อง มอบหมายทีม RM และทีมประเมินความพึงพอใจ สรุปผลข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจของผู้ป่วย ทุกเดือน นิเทศตรวจเยี่ยมหน่วยงานประจำสัปดาห์โดยผู้นำ/แกนนำ

สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยกำหนดนโยบาย ให้ทุกหน่วยงาน/ทีมพร้อมค้นหาความเสี่ยง (เชิงรุก/เชิงรับ) รายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรม Hos-xp และ NRLS เป้าหมายให้รายงานความเสี่ยงให้ไม่ถือเป็นความผิด ไม่กล่าวโทษกัน ให้ทีม RM จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง รายงานให้ทีมนำคุณภาพในรูปแบบ one page และ หัวข้อ risk register กำหนดนโยบายการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ 2P Safety การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน จำเป็น 9 ข้อ กำหนดให้หัวหน้าพาทำคุณภาพประจำสัปดาห์ กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม ทีมนำ/แกนนำ IS Round ทุกเดือน

**การกำกับดูแลองค์กร** ได้แก่ 1.การประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร 2 ครั้ง / ปี 2.ประเมินผลการดำเนินการการบริหารจัดการในหัวหน้าทีม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน โดยผู้ในระดับสูง ทุก 6 เดือน 3.การกำกับบริหารการเงินของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และผลการควบคุมตรวจสอบภายใน 4.การกำกับ ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ผลงานพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดโดยคณะกรรมการทีมนำคุณภาพโรงพยาบาล ทุกเดือน 5.กำกับมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ โดยหัวหน้าฝ่ายและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 6.การนิเทศบูรณาการสาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง โดย สสจ.ปัตตานี การกำกับดูแลทางคลินิก โดยมอบหมายให้ทีม PCT จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและทบทวนการดูแลผู้ป่วยเหตุการณ์สำคัญให้ต่อเนื่อง ให้รายงานในคณะกรรมการทีมนำทุกเดือนหลังทบทวนติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่สำคัญ ส่งเสริมให้มีการรับรู้รับฟังข้อเสนอแนะของผู้ป่วยเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย มอบหมายทีม RM รายงานแนวโน้มประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน มอบหมายให้ทีม IM รายงานตัวชี้วัดโรงพยาบาลทุกเดือนและการใช้ประโยชน์และแนวโน้มของตัวชี้วัดที่สำคัญ มอบหมายทีม HRD ให้จัดทำแผนพัฒนาส่งเสริมสมรรถนะวิชาชีพและสมรรถนะขององค์กรทั้งในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ อบรมพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตร 4 เดือน ,สมรรถนะหลักขององค์กร ได้แก่ ส่งเสริมป้องกันโรค HT,DM ,ฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลและแพทย์กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ,ลาศึกษาต่อเพิ่มเติมในกลุ่มทันตแพทย์,ฝึกทักษะในกลุ่มสนับสนุน ได้แก่ ช่างซ่อมบำรุง, พนักงานขับรถ,กลุ่มแม่บ้าน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเก็บขยะ บ่อบำบัดและการประปา เป็นต้น และรายงานผลการพัฒนาสมรรถนะทุก 6 เดือน ,สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับร่วมกันในทีมนำคุณภาพโรงพยาบาลประจำเดือน

โรงพยาบาลกำหนดให้มีส่วนร่วมการทำประโยชน์ให้สังคม เช่น กิจกรรมสร้างสมรรถนะในชุมชน การฝึกทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน เป็นต้น การเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินโดยการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ร่วมกับชุมชน การรณรงค์ให้ความรู้ เช่น โรคไข้เลือดออก โรค covid เป็นต้น

พัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชน รพ.ร่วมทำประชาคมในชุมชน คั้นข้อมูลด้านสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ชุมชนรู้ ตระหนักถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชนตนเองร่วมตกลงกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ที่ต้องเร่งแก้ไขในประเด็นต่างๆ จากการประชาคม มีการชี้แนะแนวทาง การวิเคราะห์ แนวทางการจัดทำแผนแก้ปัญหาของชุมชนที่ สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลที่ทาง รพ.วิเคราะห์ กำหนดเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการ แก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เช่น ข้อมูลปัจจัยของโรค และการเข้าถึงบริการผู้ป่วย stroke ,STEMI ในชุมชน ต.ม่วงเตี้ย การลงชุมชนเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค การป้องกัน การรักษา ด้วยภาษาที่เข้าใจได้ในชุมชน เช่น โรค HT,DM,ไขมันในเลือดสูง,เส้นเลือดหัวใจตีบ,เส้นเลือดสมองตีบ/แตก ตลอดจนรับฟังประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับการให้บริการในชุมชนต่อไป

ปัญหาความเสี่ยง เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และแนวทางที่ชัดเจนให้นำสู่การปฏิบัติ การถ่ายทอดและสื่อสารไปไม่ทั่วถึง รับรู้เฉพาะแกนนำ ขาดการกำกับติดตามแผนยุทธศาสตร์และหัวหน้าทีม/หัวหน้าฝ่ายบางส่วน นำไปปฏิบัติใช้ไม่ครอบคลุม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาองค์กรให้สำเร็จยังขาดในบางประเด็น เช่น การติดตามความก้าวหน้า

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

การให้ความช่วยเหลือประเด็นที่ท้าทายมากให้รวดเร็ว เป็นต้น การกำกับกิจการยังไม่ครอบคลุมในคำสั่งด้านการเงิน ระบบการจัดเก็บรายได้ ผลการกำกับดูแลทางคลินิกยังไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ การติดตามผลการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ผลการตอบสนองการแก้ไขความเสี่ยงระดับสำคัญ การปรับปรุงพัฒนาและการนำสู่ปฏิบัติในแนวทางใหม่ๆ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ยังไม่ชัดเจนไม่ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงาน การทำประโยชน์ให้สังคมการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนไม่ได้วางแผนในระยะเวลาให้ชัดเจนและไม่ได้เชื่อมโยงกับทีมทางคลินิก การประเมินผลวัฒนธรรมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ระดับความคิดเห็นความปลอดภัย 60.3%

## ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำ ระดับสูง [I-1.1ก(1)(2)(3)]	4	L,I	<p>เพื่อให้การชี้แจงองค์กรมีประสิทธิภาพ องค์กรประสบความสำเร็จ รพ.ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมเป็นลายลักษณ์อักษร ถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติโดยผ่านทางหัวหน้างาน/ฝ่าย กรรมการบริหาร/ทีมนำ ซึ่งพบว่า ปี 2564 จากการสอบถามหัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจและรับรู้ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และไม่นำมาสู่การปฏิบัติ ดังนั้น ปี 2565 จึงปรับกระบวนการให้เจ้าหน้าที่รับรู้และเข้าใจ การปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม มุ่งมั่นปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดแนวทางค่านิยมนำมาปฏิบัติหัวหน้างานเน้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</li> <li>2.มอบหมายหัวหน้างานกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานให้สนับสนุนพันธกิจ รพ.ได้แก่ การดูแล โรค HT,DM, Stroke,sepsis,STEMI ,Pneumonia ในเด็ก ,Sepsis ,2P safety มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ,การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์</li> <li>3.กำหนดแนวทางที่พึงประสงค์ในพฤติกรรมบริการ กล่าวทักทายผู้รับบริการ ตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน กำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน</li> <li>4.กำหนดให้หัวหน้างาน/ทีม ปฏิบัติให้เป็นแบบอย่าง</li> <li>5. จัดตารางนิเทศหน้างานโดยหัวหน้างาน/กรรมการบริหารรพ. ผลลัพธ์ ปี 2566 ได้ปรับระบบการเข้าเยี่ยมหน้างานชี้แจงแนวทางปฏิบัติตามค่านิยม จุดเน้น พันธกิจทุกเดือน</li> </ol> <p>นโยบายการให้บริการผู้ป่วย NCD แบบ one stop service , ขยายระยะเวลาการบริการในงานแพทย์แผนไทย เปิดบริการกายภาพและแพทย์แผนไทย OPD คู่ขนาน ปรับระบบนัดให้เพิ่มขึ้นในงานทันตกรรม ,ปรับการบริการ กำหนดนโยบายระเบียบการปฏิบัติงานครอบคลุม การแต่งกายตามมาตรฐานวิชาชีพ และกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ ประเมินหน้างานทั้งในและนอกเวลาราชการ ส่งเสริมการเรียนรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย โดยชี้ให้เห็นความเสี่ยงและโอกาสจะเกิดอุบัติเหตุ เสริมพลังเจ้าหน้าที่โดยเชิดชูเกียรติเจ้าหน้าที่มีค่านิยมที่ดี (คนพันธ์แม่ลาน) ผลลัพธ์ อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้และปฏิบัติตามแนวทาง กฎระเบียบ ได้แก่ อัตราการมาทำงานตรงเวลา 95% ,อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ค่านิยมและนำมาปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น 85% ระยะเวลารอคอยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD ลดลงเสี่ยงสะท้อนจากชุมชนด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น อัตราความพึงพอใจในชุมชน=94.75%</p>

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

			โอกาสพัฒนา สร้างให้เป็นวัฒนธรรม ให้รางวัล ประกาศบอร์ดประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย กับหน่วยงานที่ปฏิบัติ ตามพันธกิจ ค่านิยม แนวทางที่พึงประสงค์ ให้เป็นตัวอย่าง ตรวจสอบผลงานให้ต่อเนื่อง
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพัน โดยผู้นำ [-1.1ข] **	3	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการสื่อสารและสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ที่มิทำได้ ดำเนินการปรับปรุงดังนี้ 1.สื่อสาร 2 ทิศทาง โดยผู้นำประกาศนโยบาย จุดเน้น ผ่านทางกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม เคารพธงชาติหน้าเสาธง ,กิจกรรม OD เป็นต้น และไปสื่อสารหน่วยงานให้กับผู้ปฏิบัติ 2.สร้างความผูกพันเจ้าหน้าที่ โดยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล ได้แก่ 5ส,ทาสี ,เล่นกีฬา,ประกวดมหกรรม CQI เป็นต้น 3.ให้ ความสำคัญกับบุคลากรทุกระดับสร้างความเป็นกันเองสอดแทรกในกิจกรรมกีฬา นำชಾಯามเข้า วัฒนธรรมการ ทักทาย สวัสดิ์ 4.ติดตามผลของการรับรู้ ผลลัพธ์ ปี 2565 อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ทิศทาง นโยบาย จุดเน้นโรงพยาบาล 65% จึงได้ทบทวนปรับการดำเนินงาน 1.จัดชี้แจงผู้บริหารพบปะเจ้าหน้าที่ตามตารางทุกเดือน โดยชี้แจงนโยบาย จุดเน้นที่สำคัญ ได้แก่ เน้นพฤติกรรมบริการ การมาทำงานตรงเวลา การแต่งกายที่ถูกต้องในแต่ละวัน เน้นการดูแล ผู้ป่วยตามแนวทางกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล ,2P safety ,การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ 2.กำหนดให้ หัวหน้างาน จัดทำตารางถ่ายถอดนโยบายจุดเน้นและแนวทางปฏิบัติทุกสัปดาห์ ในหน่วยงานตนเอง 3.ทีมนำ/แกน นำคุณภาพนิเทศติดตามหน่วยงานเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ คือ HT,DM,Stroke,sepsis,STEMI ,Pneumonia ในเด็ก ,มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ,การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ 4.สื่อสารจุดเน้นผ่านทาง website รพ.,ไลน์ และชี้แจงให้เจ้าหน้าที่เข้าไปเรียนรู้ใน website รพ. 4.สร้างแรงจูงใจ ชมเชย เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่รับรู้ เข้าใจและมุ่งมั่นจะพัฒนางานให้ดีขึ้น ผลปี 2566 อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ทิศทาง นโยบาย จุดเน้นโรงพยาบาล 85% อัตราเจ้าหน้าที่มีความผูกพัน 88.16 %
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การพัฒนาและความสำเร็จของ องค์กร [-1.1ค(1)(2)(3)] **	3	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร โรงพยาบาลได้ ดำเนินการ ดังนี้ 1. ผู้นำกำหนดความคาดหวังในจุดเน้นโรค HT,DM, Stroke,sepsis,STEMI ,Pneumonia ในเด็ก Sepsis ,2P safety มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ,การบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ คาดหวังในประเด็นพฤติกรรมบริการ การตรงเวลาในการปฏิบัติงาน ตอบสนองความต้องการกับผู้รับบริการ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2.ส่งเสริมให้มีนวัตกรรม/แนวทางใหม่ๆ 3.พัฒนาสมรรถนะในทีมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามจุดเน้น ให้เข้าร่วมเรียนรู้และเข้าอบรม ความรู้ใหม่ๆ 4.สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยกำหนดให้รายงานความเสี่ยงให้ไม่ถือเป็น ความผิด ไม่กล่าวโทษกัน เพิ่มช่องทางการรายงานผ่าน QR Code นโยบายการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ข้อ ร้องเรียน สนับสนุนการนำเสนอ CQI/นวัตกรรม ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพทุกเดือน 5.ติดตามผลการดำเนินงาน

			<p>ในวาระประชุมที่มนำทุกครั้งโดยกำหนดให้ทุกทีมรายงานสรุปผลการดำเนินงานและแผนพัฒนาต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ปี 2565 อัตราปฏิบัติตามจุดเน้นโรงพยาบาล = 70% ,อัตราการรายงานความเสี่ยงครอบคลุม 53.43 % ปี 2566 ได้เพิ่มกระบวนการ 1.รับฟังความคิดเห็นโดยผู้นำเอง ช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นปัญหาหรือท้าทายมาก สามารถนัดประชุมกรรมการเร่งด่วนหรือโทรประสานผู้อำนวยการได้โดยตรง 2.มอบหมายทีม RM และทีมประเมิน ความพึงพอใจสรุปผลข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจของผู้ป่วยทุกเดือน นำเสนอ risk register ระดับ โรงพยาบาลและผลการพัฒนาทุก 3 เดือน 3. สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ ในโรคตามจุดเน้น เช่น สนับสนุนเครื่อง ตรวจตา ในผู้ป่วย NCD,การตรวจ Lactate ในผู้ป่วย sepsis, การตรวจ Dengue NS1Ag Dengue IgM ,Dengue IgG ในการวินิจฉัยโรค DHF,สนับสนุนห้องทำกิจกรรมกลุ่ม 4.Leadership round ทุกสัปดาห์ พบว่า อัตราปฏิบัติ ตามจุดเน้นโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น = 85 % ปี ,อัตราการรายงานความเสี่ยงครอบคลุมเพิ่มขึ้น = 68.14 % , อัตราการ ควบคุมโรคผู้ป่วย HT เพิ่มขึ้น =60.26% อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที เพิ่มขึ้น อัตราการ วินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม.90% อัตราหน่วยงานมีผลงานนวัตกรรม/CQI 100%</p>
<p>4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การ ประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]</p>	<p>3.5</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการกำกับดูแลองค์กรและการประเมินผู้นำ/ระบบการนำให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้องค์กรมี ระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี โรงพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.กำหนดการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร 2 ครั้ง / ปี 2.ประเมินผลการดำเนินการการบริหารจัดการในหัวหน้าทีม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน ทุก 6 เดือน โดย ผู้นำระดับสูง 3.การกำกับบริหารการเงินของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และผลการ ควบคุมตรวจสอบภายใน 4.การกำกับยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ผลงานพัฒนาคุณภาพ ตัวชี้วัดโดยคณะกรรมการที่มนำ คุณภาพโรงพยาบาล ทุกเดือน 5.กำกับมาตรฐาน จริยธรรมวิชาชีพ โดยหัวหน้าฝ่ายและคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล 6.การนิเทศบูรณาการสาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง โดย สสจ.ปัตตานี ผลการดำเนินงาน ปี 2564-2565 พบว่า วิกฤติทางการเงินระดับ 0 เนื่องด้วยโรงพยาบาล มีแผนและมาตรการปรับประสิทธิภาพเพิ่มรายได้และลด รายจ่ายที่ไม่จำเป็นและหลีกเลี่ยงการลดลงทุน รวมทั้งได้รับเงินจัดสรรจากการบริการคนไข้โควิด 19 ในปี 2566 วิกฤติทางการเงินระดับ 1 จากการลงทุนตามนโยบาย EMS สำหรับการควบคุมภายในมิติด้านจัดเก็บ รายได้=94.44% จากการตรวจสอบสิทธิไม่ถูกต้อง ไม่มีระบบการตรวจสอบการเรียกเก็บรายได้ และจากการประเมิน ITA และจากการนิเทศบูรณาการโดย สสจ มีประเด็นเกี่ยวกับไม่ได้จัดตั้งกรรมการตรวจสอบตู้บริจาคโรงพยาบาล (เนื่องจากไม่มีตู้บริจาคมานานแล้ว) ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งการรับเงิน ส่งเงิน ,เอกสารพัสดุปะปนกับเอกสารอื่นในห้อง จัดเก็บ,การจัดทำข้อมูลงานพัสดุ พัสดุย่อยไม่ชัดเจน ปี 2565-2566 จึงได้ปรับการดำเนินงาน 1.ปรับระบบการจัดเก็บ</p>

			<p>รายได้ มอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละกองทุนย่อย กำหนดให้รายงานผลทุกเดือนโดยตรวจสอบ Data audit และรายงานผลผ่าน notify line และติดตามผลในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน</p> <p>2. ปรับโครงสร้างแต่งตั้งกรรมการให้ครอบคลุมทุกงานที่รับผิดชอบ 3.จัดทำโปรแกรม stock พัสตุ</p> <p>4.บริหารจัดการการเก็บเอกสารให้ถูกต้อง ปลอดภัย 5.ปรับปรุงการดำเนินงาน ได้แก่ กำหนดค่าจ้างตามระเบียบ, เวลาการปฏิบัติงานตามว่าจ้าง ,หลักฐานการขอรับเงินค่าตอบแทน ,หลักฐานการขอรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>6.ปรับวิเคราะห์สรุปแผนงบประมาณเพื่อเสนอแผนในงบประมาณหน้าให้คุ้มค่าเหมาะสม 7.ติดตามผลการกำกับตามแผนกลยุทธ์โดยหัวหน้าทีม/แกนนำ ผลลัพธ์ ปี 2565,2566 การควบคุมภายในมิติด้านจัดเก็บรายได้=100% มิติด้านการเงิน 100% ,ผลการประเมิน ITA ปี 2565,2566= 82.61%, 98.18% ตามลำดับ สำหรับการกำกับแผนกลยุทธ์โดยหัวหน้าทีมไม่ต่อเนื่อง ผู้นำบางส่วนขาดสมรรถนะในการนำ จึงได้กำหนดความคาดหวังในการกำกับแผนงานแผนกลยุทธ์ ส่งเสริมการเรียนรู้ในผู้นำโดยให้นำเสนอผลการดำเนินงานของทีมทุก 3 เดือน มอบหมายให้สรุปผลการประชุมทีม นำมารายงานในกรรมการทีมนำทุกเดือน ปรับโครงสร้างงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่ เช่น กำหนดให้งานบริหาร งานเวชศาสตร์ควบคุมกำกับผู้ปฏิบัติงานบ่อบำบัด ประปา การจัดการขยะ เป็นต้น กำหนดสมรรถนะผู้นำในการบริหารจัดการ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ การควบคุมตนเอง การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การบริหารจัดการบุคลากรและเครื่องมือ ปี 2566 ผลลัพธ์ การจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ 82% อัตราการปฏิบัติตามแผนเงินบำรุง 81.24% ผู้นำ/แกนนำมีสมรรถนะในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น โอกาสพัฒนาจัดกรรมการตรวจสอบภายใน stock หน่วยงานให้ชัดเจนเพื่อความเหมาะสมในการวางแผนจัดซื้อตามเงินงบประมาณ เรียงลำดับความจำเป็นและการจัดซื้อให้ชัดเจน จัดลำดับหัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน/ พัฒนาสมรรถนะในแต่ละปีให้ชัดเจนและให้มีการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับจากทีมต่างๆหรือผู้นำสูงสุดและนำไปปรับปรุง</p>
<p>5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก</p> <p>[I-1.2ก(3)] **</p>	<p>2.5</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการกำกับดูแลทางคลินิก เป้าหมายเพื่อให้องค์กรมีระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ได้ดำเนินการปรับปรุง ได้แก่ 1.กำหนดการทบทวนความเสี่ยง เหตุการณ์สำคัญร่วมกับองค์กรแพทย์และทีมที่เกี่ยวข้อง รายงานผลทุกเดือน 2.รายงานแนวโน้มความเสี่ยงทุกเดือนโดยทีม RM 3.กำหนดให้ทบทวนผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย โดยออกแบบการดูแลผู้ป่วยตามหลักวิชาการ ได้แก่ CPG รายโรคจากโรงพยาบาลปัตตานี เอกสารความรู้วิชาการการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่อง และการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยใหม่ 4.นิเทศหน่วยงานคลินิกเฉพาะโรคทุกสัปดาห์ โดยทีมนำและทีม PCT 4.สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและตรวจสอบความพึงพอใจหน่วยงานโดยทีม</p>

			<p>ประเมินความพึงพอใจ 5.มอบหมายทีม IM รายงานผลตัวชี้วัดการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยตามจุดเน้น ตัวชี้วัดมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ ทุกเดือน ผ่าน website รพ. และในการประชุมทีมนำ 6.สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการบริการผู้ป่วย ได้แก่ ระบบ Telemed กับโรงพยาบาลแม่ข่าย 7.ติดตามกำกับแผนพัฒนาคุณภาพทุกเดือน</p> <p>ผลการเปลี่ยนแปลงการกำกับทางคลินิก ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น,จัดระบบการนัดผู้ป่วย NCD ตามเวลา ,อัตราควบคุมโรค HTเพิ่มขึ้น,อัตราผู้ป่วยเสี่ยงSTEMI,Stroke ได้รับการประเมินทันที 98%, อัตราการเข้าถึงผู้ป่วย STEMI เพิ่มขึ้น72.72% ,การมีส่วนร่วมขององค์กรแพทย์ในการทบทวน Caseเหตุการณ์สำคัญ , อัตราอุบัติการณ์ ระดับ 5 /G ,H ,I /Sentinel event ได้ทบทวนตามเวลาที่กำหนด 100% ,เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ , อัตราการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพ 88% , อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ&gt;85% โอกาสพัฒนา การทำ R2R เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การเปิดเผยข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งเสริมให้มีส่วนร่วมและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน</p>
<p>6. การปฏิบัติตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [1-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)(2)]</p>	<p>3</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อปรับปรุงการกำกับการปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม เป้าหมายเพื่อให้องค์กรมีระบบการกำกับการดูแลกิจการที่ดี ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.ทบทวนกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ เช่น กฎระเบียบการจ้างงาน ระเบียบการคลัง พัสดุ พรบ.โรคติดต่อ ความปลอดภัยด้านอาหาร พรบ.คอมพิวเตอร์ เป็นต้น 2.การควบคุมกำกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติโดยผู้ชำนาญกว่า ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ การตรวจแทนแพทย์นอกเวลา การทำฟันในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่งานทันตภิบาล สุ่มตรวจสอบเจ้าหน้าที่ x-ray ที่ยังไม่มีประสบการณ์ เป็นต้น 3.กำกับการปฏิบัติตามแนวทางที่พึงประสงค์ในพฤติกรรมบริการ กล่าวทักทายผู้รับบริการ ตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน ระเบียบการปฏิบัติงาน 4. กำหนดการช่วยเหลือ ที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่เมื่อมีการตัดสินใจลำบาก ได้แก่ ทีมตรวจนิเทศ ทีมจัดการข้อร้องเรียน 5.การประเมินผลการปฏิบัติงานและพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนโดยมีเกณฑ์ที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติรับทราบเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกัน โอกาสพัฒนาการสร้างความเข้มแข็งนโยบายการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า ได้แก่ การลดปริมาณขยะ ,Recycle,การประหยัดพลังงาน เป็นต้น การวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ เช่น การคิดค่าบริการ จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ</p> <p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำประโยชน์ให้สังคม 1.โดยกำหนดกลุ่มชุมชน ร่วมวิเคราะห์ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับการประชุมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสำคัญๆ เช่น การจัดสถานที่เพื่อการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชน ตามบริบทพื้นที่ และความเชื่อที่มีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการออกกำลังกายกลางแจ้งของกลุ่มสตรีวัยต่างๆ 2.ร่วมตกลงกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาด้าน</p>



			<p>สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ที่ต้องเร่งแก้ไขในประเด็นต่างๆ จากการทำประชาคม มีการชี้แนะแนวทาง การวิเคราะห์ แนวทางการจัดทำแผนแก้ปัญหาของชุมชนที่ สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลทาง รพ.วิเคราะห์ กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ สำคัญในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการเป็นโรค Stroke,STEMI ในชุมชน ต.ม่วงเตี้ย ข้อมูลการเข้าถึง บริการ 3.พัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชน ได้แก่ สอน CPR ,การให้ความรู้เกี่ยว ร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพ เช่น ลดอาหารมัน เค็ม ในงานประเพณีชุมชน 4.การตรวจสุขภาพผู้นำศาสนา เพื่อคัดกรอง และนำมาเป็น ผู้นำต้นแบบการดูแลสุขภาพ</p> <p>ผลลัพธ์ อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที ดีขึ้น =81.2% อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงปี มีแนวโน้มลดลง ปี2564,2565,2566 =2.86(2/70),3.41(3/88), 0.84 (1/119) อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีแนวโน้มลดลง ปี 2564,2565,2566 =1.14 (12/1054) ,1.27(18/1413), 1.17(20/1,710) ,อัตราความพึงพอใจในชุมชน 94.75%</p> <p>โอกาสพัฒนา พัฒนาส่งเสริมความรู้ผู้ป่วย NCD ,ผู้ป่วยสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิด โรค stroke และการเข้าถึง บริการให้เพิ่มขึ้น จัดทำแผนพัฒนาการทำประโยชน์ให้สังคมที่ชัดเจนสอดคล้องกับการวิเคราะห์ชุมชน ติดตามกำกับ การทำประโยชน์ให้สังคมต่อเนื่อง</p>
--	--	--	--

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การจัดระบบ Leadership round ทุกสัปดาห์ในประเด็นการรับรู้ทิศทาง นโยบาย จุดเน้น ค่านิยมและการปฏิบัติงานหน้างาน
- การบริหารจัดการบุคลากร จัดสิ่งแวดล้อม /อุปกรณ์ให้เพียงพอ ต่อความต้องการและความสำเร็จขององค์กร



<b>iv.ผลลัพธ์</b> รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]						
<b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b> การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จขององค์กร การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทำประโยชน์ให้สังคม						
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมายปัจจุบัน</b>	<b>ปี 2562</b>	<b>ปี 2563</b>	<b>ปี 2564</b>	<b>ปี 2565</b>	<b>ปี 2566</b>
อัตราเจ้าหน้าที่มาทำงานตรงเวลา	100%	78.9	77.9	81.2	74.4	95
อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้ค่านิยม ทิศทาง นโยบาย โรงพยาบาล	>90%	NA	45	50	65	85
จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	ลดลง 50%	6	2	4	3	7
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>90%	85.57	85.23	86.08	84.33	87.5
อัตราความพึงพอใจในชุมชน	>90%	92.5	93.75	94.25	95.5	97.75
ระยะเวลารอคอยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD	90 นาที	NA	NA	92	90	88
อัตราเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามจุดเน้นโรงพยาบาล	>90%	70	65	75	78	85
อัตราความผูกพันในองค์กร	>80%	87.17	94.12	94.99	87.62	88.16
อัตราการรายงานความเสียหายครอบคลุมทุกหน่วยงาน	>80%	61.27	72.92	53.92	53.43	68.14
อัตราอุบัติการณ์ ระดับ 5 /G ,H ,I /Sentinel event ได้ทบทวนตามเวลาที่กำหนด	100%	100	80	100	100	100
อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ	100%	NA	NA	65	88	95
การเรียกเก็บรายได้	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ITA	>92	95	94.8	100	82.61	98.18
อัตราตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	>70%	42.5	41.78	46.57	42.3	54.60
อัตราการใช้งบประมาณตามแผนเงินบำรุง	>80%	65.48	42.12	68	75.75	81.24
ระดับสถานะทางการเงินการคลัง	<4	1	0	0	0	1

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

I-2 กลยุทธ์

<p><b>ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):</b></p> <p>I-2.1 องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.</p> <p>I-2.2 องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</p>			
<p><b>i. บริบท</b></p> <p>โรงพยาบาลมีกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ โดยทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ รพสต. สสอ. อปท. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม ตำรวจ อำเภอ กู้ภัย ทีมโรงเรียน เป็นต้น ร่วมกับทีมนำและทีมที่เกี่ยวข้องของ รพ. โดยร่วมรับฟังและเสนอแผนในกลุ่มย่อยและมาสรุปในกลุ่มใหญ่ swot ร่วมกับทีมต่างๆ เป็นกลุ่มย่อยและทำแผนกลยุทธ์ นำเสนอแผนกลยุทธ์ภาพรวมร่วมกันในทีมนำและ คปสอ. ซึ่งได้นำข้อมูลจาก 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วย refer ผู้ป่วยเสียชีวิต ความเสี่ยงต่างๆจากการรายงาน จากข้อร้องเรียนทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน สมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบ โอกาสที่จะเปลี่ยนแปลง มาวิเคราะห์ และกำหนดเป็นแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ทีมนำโรงพยาบาลได้ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ 19 กลยุทธ์ 68 แผนงาน 109 ตัวชี้วัด ลงสู่ผู้ปฏิบัติผ่านหัวหน้าทีม หัวหน้าฝ่าย ผ่านทาง websiteโรงพยาบาล ซึ่งแผนปฏิบัติการระยะสั้น ระยะยาว แผนพัฒนาบุคลากร และให้จัดทำแผนปฏิบัติงานในแต่ละทีม หน่วยงาน ให้สอดคล้องกับกลยุทธ์โรงพยาบาล มีการทบทวนปรับปรุงแผนกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ ทุกปี มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ ในการติดตามกำกับตามแผน และให้นำมาเสนอผลการดำเนินงานตามแผน ทุก 6 เดือน</p> <p>ปัญหาความเสี่ยง พบว่า กลยุทธ์ยังไม่สอดคล้องกับความท้าทายขององค์กร การสื่อสารแผนลงสู่ผู้ปฏิบัติไม่ครอบคลุม หัวหน้าทีมไม่ได้ปฏิบัติตามงานตามแผนที่กำหนด ไม่ได้มีการรายงานความก้าวหน้าหรือปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานตามแผนกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล การติดตามการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ไม่ต่อเนื่อง</p>			
<p><b>ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน</b></p>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
7. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก (1)(2)(3)(4)**	2.5	A,L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ โดยมีเป้าหมายสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กร ทีมนำได้ปรับปรุงกระบวนการ ดังนี้ 1.กำหนดเจ้าหน้าที่/ทีม เครือข่าย ที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม ร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์ 2.เพิ่มการเรียนรู้วิธีการจัดทำกลยุทธ์ในเจ้าหน้าที่/แกนนำทุกทีม 3.กำหนดระยะเวลาในการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยให้กลุ่มย่อย SWOT ตนเองมาก่อน และนำมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมนำ/ทีมที่เกี่ยวข้องทุกทีม ระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ 4.นำข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยโดยสอบถามพนักงาน ข้อร้องเรียนข้อเสนอแนะของผู้ป่วย รับฟังจากผู้รับบริการโดยตรงจากคณะกรรมการบริหารเช่น การร่วมโต๊ะรับประทานอาหารเข้าร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในกิจกรรมกาแพยามเช้าของอำเภอแม่ลาน นำข้อมูลจากปัญหาโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วย refer ผู้ป่วย 5 อันดับโรค

			<p>ความเสี่ยงต่างๆ สมรรถนะหลักองค์กร ความท้าทาย ความได้เปรียบ โอกาสเปลี่ยนของสภาพแวดล้อม เช่น การโยกย้ายบุคลากร รพ.สต. ไป อบจ.,นโยบาย EMS (Environment Modernization and Smart Service ),HAIT มาวิเคราะห์ 5. ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม/ระบบใหม่ ได้แก่ ปรับโครงสร้างอาคารใหม่ แนวทางการนิเทศหน้างานและคลินิกทุกสปีดาร์,นิเทศควบคุมกำกับหน่วยงานสนับสนุน ,ปรับรูปแบบบริการในคลินิก NCD ในสหวิชาชีพให้มีความรวดเร็ว,เพิ่มช่องทางการเข้าถึงโดยการเปิดบริการกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ในรูปแบบ OPD คู่ขนาน ,การจัดอัตรากำลังปฏิบัติงานขององค์กรแพทย์ ,IPD Paperless ,การ KM ประเด็นเกี่ยวกับงานสนับสนุน</p> <p>6.ผู้นำได้กำหนดการตัดสินใจเรื่องระบบงาน ได้แก่,การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน การขยายบริการลงไปบริการใน PCC ,ระบบการคัดกรองผู้ป่วย 24 ชั่วโมง,ปรับระบบการจัดเก็บรายได้ ,การเปิดคลินิกนอกเวลาในงานทันตกรรม แพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มรายได้,การกำจัดขยะโดยองค์กรภายนอก,การบริการอาหารผู้ป่วยในโดยผู้รับเหมาภายนอก,การเช่าเครื่อง X-RAY (DR) ,การจ้างล้างถังหอระปา เป็นต้น ผลลัพธ์ เจ้าหน้าที่/แกนนำ มีความเข้าใจในวิธีการจัดทำและวิเคราะห์กลยุทธ์เพิ่มขึ้น มีเครือข่ายภายนอกร่วมจัดทำกลยุทธ์ ในประเด็นการทำงานกับชุมชน พชอ., การจัดการการระบาดในชุมชน, การให้การปฐมพยาบาล ช่วยเหลือเบื้องต้น ,การกำหนดพื้นที่จุดเสี่ยง การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น, การจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น ระยะเวลาออกยากลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD ลดลง,อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ,สายสนับสนุนมีสมรรถนะ 98.9%,92.86% ตามลำดับ อัตราผู้รับบริการพึงพอใจ &gt;85%</p>
<p>8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ [-2.1ข (1)(2)(3)]</p>	2.5	A,L,I	<p>เพื่อปรับปรุงให้วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความท้าทาย ความจำเป็นด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กร ที่มำนำได้ปรับปรุงกระบวนการ ดังนี้ 1.กำหนดให้วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เป็นทิศทางระยะยาวที่องค์กรประสบความสำเร็จ และเป็นแนวทางในการจัดสรร ปรับเปลี่ยนทรัพยากรขององค์กร 2. กำหนดเป้าประสงค์ที่วัดได้และระยะเวลาที่จะบรรลุผลให้ชัดเจน ในระยะสั้นและระยะยาว 3.ตอบสนองความท้าทายขององค์กร ได้แก่ การให้บริการที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ในสถิติโรค และกลุ่มโรคที่เป็นปัญหา ได้แก่ โรค HT,DM,Stroke,STEMI,Sepsis,Pneumonia ,Diarrhea,Head injury ,ให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมการที่ดี ,การเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ 3.การประสานกับเครือข่ายชุมชน, การจัดเก็บรายได้ให้เพิ่มขึ้น 4.นำสมรรถนะหลักขององค์กร จากเจ้าหน้าที่ได้ไปเรียนและอบรมเฉพาะทาง เป็นข้อได้เปรียบมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 5.ปรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการดำเนินงาน ได้ปรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ใหม่ ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเชิงรุกในกลุ่มประชาชนอายุตั้งแต่ 35ปีขึ้นไป ,ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรค HT,DM โดยใช้ระบบ 3 หมอ (โครงการอาหารเป็นยา) ,เพิ่มช่องทางให้กับผู้รับบริการเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยให้</p>

			ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเฉพาะสาขาที่เชี่ยวชาญมากขึ้น การขยายเวลาบริการคลินิกนอกเวลา ,เพิ่ม OPD คึกขานานในงานกายภาพ แพทย์แผนไทย ,จัดระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีประสิทธิภาพ,การนิเทศตรวจงานหน้างาน เพื่อปรับระบบบริการให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็ว ตามมาตรฐาน มีพฤติกรรมบริการและการแต่งกายที่ดี ,สร้าง ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยการกล่าวทักทาย มีจิตบริการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผลการดำเนินงาน อัตรา ผู้ป่วย HT ไข้ยา>3 รายการ 10.66% อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2564,2565,2566 =1.14 (12/1054) ,1.27(18/1413), 1.17(20/1,710) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปี 2564,2565,2566 =2.86 (2/70),3.41(3/88), 0.84 (1/119), อัตราผู้ป่วย HT ไข้ยา>3 รายการผ่านเป้าหมาย 10.66%อัตรา การเข้าถึงผู้ป่วย STEMI เพิ่มขึ้น 76.9%,69.23%,81.20% อัตราการเข้าถึงผู้ป่วย Stroke 60%,90%33% แนวโน้มลดลง โดยปรับพฤติกรรมและความเชื่อโดยใช้แกนนำชุมชน
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การ ถ่ายถอดสู่การปฏิบัติ และการ จัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก (1)(2)(3)(4)]**	2.5	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายถอดสู่การปฏิบัติ เป้าหมาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่มำนำได้ปรับปรุงกระบวนการ ดังนี้ 1.มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละแผนกลยุทธ์ 2.มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบ หน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการในระยะสั้น 1 ปี และระยะยาว 3 ปี 3.ชี้แจงแนวทางใน การอนุมัติการใช้แผนให้ได้ตามเวลา 4.ปรับการถ่ายถอดแผนปฏิบัติการโดยผ่านทางหัวหน้างาน/ทีม 5.ติดตามตัวชี้วัดใน ทีมนำทุก 6 เดือน ผลการดำเนินงาน อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้แผนปฏิบัติการ 50% อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ยังไม่ผ่าน เป้าหมาย =68% จึงปรับชี้แจงแผนหน้างานจากการนิเทศตรวจเยี่ยมหน้างานประจำสัปดาห์ เน้นแผนปฏิบัติการเร่งด่วน หรือระยะสั้น และเพิ่มการจัดสรรบุคลากรและแผนพัฒนาบุคลากรให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ ได้แก่ การปรับ เพิ่มบุคลากรในการบริการคลินิก NCD,การจัดค่าตอบแทนในคลินิกนอกเวลา,พัฒนาสมรรถนะ case manager ACS , Stroke,sepsis,Pneumonia โดยส่งไปเรียนรู้หน้างานในโรงพยาบาลแม่ข่ายและอบรมเฉพาะ,จัดลำดับความสำคัญของการ จัดสรรทรัพยากร เครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่อง EKG , เครื่อง ultrasound ,การตรวจ Lactate ในผู้ป่วย sepsis, การตรวจ Dengue NS1Ag Dengue IgM Dengue IgG ในการวินิจฉัยโรค DHF เครื่องตรวจตา ในผู้ป่วย NCD ส่งผลให้ อัตราเจ้าหน้าที่รับรู้แผนปฏิบัติการ 85% อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์เพิ่มขึ้น 76.5% อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพมี สมรรถนะในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลผู้ป่วย โรค HT,DM 94.44%,92.22%,100%
10. การกำหนดตัวชี้วัดการติดตาม ความก้าวหน้าและการทบทวน แผนปฏิบัติการ [I-2.2ก(5), ข]	2.5	L,I	เพื่อปรับปรุงการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญและติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ โดยมีเป้าหมายสร้างความเข้มแข็ง ให้กับการทำงานขององค์กร ทีมนำได้ปรับปรุงกระบวนการ ดังนี้ 1.ทีมนำและทีมคร่อมร่วมวิเคราะห์ประเด็นสำคัญใน แผนปฏิบัติการและกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านมุ่งเน้นผู้ป่วยและ

		<p>ผู้รับผลงาน ด้านบุคลากร ด้านการนำ ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ และด้านการเงิน 2.กำหนดเลือกตัวชี้วัดตามบริบทโรงพยาบาลชุมชน 3.กำหนดเลือกตัวชี้วัดที่เป็นความท้าทายจากแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ 4.ทบทวนแผนปฏิบัติการโดยตรวจสอบจากตัวชี้วัดที่มีแนวโน้มลดลงและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก 5.ปรับการติดตามตัวชี้วัดแบบ real time ส่งให้ผู้บริหารโดย line notify ทุกเดือน ผลการดำเนินงาน ได้ปรับแผนปฏิบัติการจากสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและความเสี่ยงปัญหาต่างๆ ได้แก่ จากการโอนย้ายของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.,ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น, การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคฉุกเฉินล่าช้า ,จากข้อร้องเรียนพฤติกรรม, จากการบริหารจัดการเรียกเก็บรายได้ไม่สมบูรณ์, โดย กำหนดแผนการเข้าถึงชุมชนเชิงรุก การคัดกรองและประชาสัมพันธ์ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มโรค HT,DM,การดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพที่บ้าน, การนัดแพทย์แผนไทยในชุมชน ,การเปิดบริการคลินิกนอกเวลาขยายเวลาให้บริการ ,การจัดระบบเรียกเก็บรายได้ การตรวจสอบสิทธิ data audit และการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ในการเรียกเก็บรายได้ให้ครบถ้วน ซึ่งได้ปรับแผนและชี้แจงผ่านหัวหน้าฝ่าย/งาน ผ่านทาง website รพ. , ผู้อำนวยการพบปะเจ้าหน้าที่ทุกเดือน ,การนิเทศติดตามหน่วยงานประจำสัปดาห์ ส่งผลให้ อัตราตัวชี้ระดับโรงพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้น ปี 2564-2566 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป็นร้อยละ 46.57,42.3 และ 54.60 ตามลำดับ</p>
--	--	---

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การกำกับติดตาม Monitor ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ตัวชี้วัดที่สำคัญแบบ real time ส่งให้ผู้บริหารในรูปแบบ auto notify Line

<b>iv.ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]						
<b>เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:</b> การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและความท้าทาย การสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กรการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติเพื่อการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ						
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมายปีปัจจุบัน</b>	<b>ปี 2562</b>	<b>ปี 2563</b>	<b>ปี 2564</b>	<b>ปี 2565</b>	<b>ปี 2566</b>
การจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	<3	NA	0.20	0.56	0.60	0.33
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<1.5	NA	1.37	1.14	1.27	1.35
อัตราผู้ป่วย HT ไข้ยา>3 รายการ	<20%	NA	NA	NA	NA	10.66
อัตราการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์	>90%	75.14	60.28	71.55	80.12	82.4
อัตราตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	>60%	45.07	49.6	53.2	59.7	64.04
อัตราเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพมีสมรรถนะในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลผู้ป่วย โรค HT,DM	>90%	85.54	91.76	94.1	92.2	100
อัตราตัวชี้ระดับโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	>70%	42.5	41.78	46.57	42.3	54.60
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>90%	85.57	85.23	86.08	84.33	87.5
อัตราความพึงพอใจในชุมชน	>90%	92.5	93.75	94.25	95.5	97.75

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

## ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-3.1 องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.

I-3.2 องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

I-3.3 องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

## i.บริบท

I-3.1 ก. ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

โรงพยาบาลแม่ลานมีการออกแบบรับฟังจากผู้ป่วยจากหลายช่องทาง มีทั้งการรับฟังจากผู้รับบริการโดยตรงจากคณะกรรมการบริหาร เช่น การร่วมโต๊ะรับประทานอาหารเข้าร่วมกับภาคีเครือข่าย ในชุมชนในกิจกรรมกาแพยามเช้าของอำเภอแม่ลาน การพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ขณะทำหัตถการที่ต้องใช้เวลา เช่น ระหว่างการนัดแผนไทย ระหว่างการทำกายภาพบำบัด การรับฟังเสียงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่ด่านหน้า เช่น พยาบาลคัดกรองและกลุ่มพนักงานแปล การรับฟังเสียงสะท้อนจากญาติผู้ป่วย การรับฟังเสียงสะท้อนจาก อสม.ที่ทำงานร่วมกันในชุมชน จากแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีทั้งแบบสแกน QR code และแบบสอบถามเขียนมือ ขอร้องเรียนและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการทั้งแบบออนไลน์และผ่านตู้ขอร้องเรียนในโรงพยาบาล การตามรอย รวมถึงการทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงานในโรงพยาบาล โดยงานผู้ป่วยนอกนั้นทางโรงพยาบาลได้รับการสะท้อนที่สำคัญได้แก่ การรอคอย ความแออัด พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับเสียงสะท้อนในเรื่องการฉีดยาฆ่าเชื้อและเรื่องพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ งานห้องบัตรมีเสียงสะท้อนในเรื่องรอรับบัตรคิวนานโดยเฉพาะในวันที่มีคลินิก ต่างๆ งานจิตเวชและยาเสพติดได้รับการสะท้อนในเรื่องของพื้นที่ให้บริการที่ขาดความมิดชิดและเป็นส่วนตัวและในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรง(OSCC) งานทันตกรรม ได้รับการสะท้อนได้แก่ การบริหารจัดการคิวให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้สะดวกมากยิ่งขึ้น งานเวชกรรมฟื้นฟูได้รับเสียงสะท้อนในเรื่องการเพิ่มการเข้าถึงบริการ งานแพทย์แผนไทยได้รับเสียงสะท้อนในเรื่องการให้บริการในผู้ป่วยผู้ชายโดยแพทย์แผนไทยผู้ชาย และในเรื่องของการจัดพื้นที่บริการแยกเพศหญิงชายให้เป็นสัดส่วน แผนกผู้ป่วยในและห้องคลอดได้รับเสียงสะท้อนในเรื่องการบริการอาหารผู้ป่วยใน การแบ่งพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง การปรับปรุงห้องพิเศษ การบริการน้ำดื่มที่สะอาด ปัญหาเรื่องยุ่งในเวลากลางคืน งานเภสัชกรรมได้รับการสะท้อนในเรื่องการเปิดให้บริการช่วงเวลา 12.00-13.00 น. ในวันหยุดราชการ งานชันสูตรโรคได้รับเสียงสะท้อนในเรื่องการรอคิวนานในวันคลินิกโรคเรื้อรัง งานหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีการสะท้อนจากผู้รับบริการให้เปิดบริการวัคซีนเด็กและการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้น งานการเงินมีเสียงสะท้อนให้สามารถจ่ายค่าบริการโดยการโอนผ่านระบบออนไลน์ได้ ทางโรงพยาบาลแม่ลานได้นำเสียงสะท้อนดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อนำมาตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย พบว่าการบริการที่มีเวลารอคอยนาน มีความแออัดของผู้ป่วยนอกนั้น มาจากปัญหาทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ในการพิสูจน์สิทธิเพื่อออกไปนำส่งไม่เพียงพอ การวางแผนในการนัดผู้ป่วยยังขาดการสื่อสารที่ดี และโครงสร้างของพื้นที่บริการโดยเฉพาะ บริเวณห้องบัตรเอื้อต่อการเกิดคอขวด

I-3.1 ข. บริการสุขภาพ

ในการสำรวจความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยนั้น ทางโรงพยาบาลแม่ลานได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มโรคอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและอยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงสูง ได้แก่ Trauma: Head injury (Traffic Brain Injury) , Fracture , Animal Bites Non Trauma : Acute disease Fast track ACS, Stroke, Sepsis มีความต้องการมีชีวิตรอด ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบรรเทาอาการบรรเทา ได้รับการบริการที่รวดเร็วถูกต้อง, กลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic disease ) HT , DM, CKD มีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง บริการใกล้บ้านใกล้ใจ



## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

กลุ่มโรคติดต่อได้แก่ TB,HIV มีความต้องการรักษาความลับ และรักษาหาย, กลุ่มโรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ได้แก่ DHF, Diarhea, COVID 19, hand foot and mouth disease , conjunctivitis มีความต้องการรู้เร็ว สอบสวนรวดเร็ว ควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว, งานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ Anemia ในแม่และเด็ก, PIH,GDM, PPH ,พัฒนาการล่าช้า, โภชนาการมีความต้องการให้เด็กถูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการสมวัย,กลุ่มสุขภาพจิตและยาเสพติดได้แก่ Depress, จิตเภท,ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงต่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) มีความต้องการรักษาสิทธิของผู้ป่วย รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ, กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไปมีความต้องการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว บริการด้วยความเสมอภาค คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย,กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการในเรื่องการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เบาะลม,เครื่องออกซิเจนไฟฟ้า กลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมมีความต้องการในเรื่องการเข้าถึงบริการแบบออนไลน์ มีการสื่อสารที่ชัดเจนในเรื่องคิวการรับการรักษาการบริการสุขภาพในภาพรวมได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน คลินิกต่างๆ บริการเชิงรุก เช่นการให้บริการในโรงเรียนสำหรับการฉีดวัคซีนเด็ก ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู ผู้ป่วยสุขภาพจิต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีการเพิ่มเติมปรับปรุงที่สำคัญได้แก่งานทันตกรรม ซึ่งมีทันตแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านทันตกรรมในเด็ก และคัดสรรกรรมช่องปาก บริการช่วง 13.00-16.00 น.ของทุกวันทำการ มีการบริการกายภาพบำบัดคู่ขนานบริเวณอาคารผู้ป่วยนอกในวันอังคารและศุกร์เพื่อบริการกลุ่มผู้ป่วยทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยกายภาพบำบัด

## I-3.2 ก. ประสิทธิภาพของผู้ป่วย

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ ทางโรงพยาบาลมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มอบรอยยิ้มให้ผู้ป่วยและส่งเสริมในเรื่องมารยาทในเรื่องของการทักทาย สอบถามผู้รับบริการในทุกจุดบริการ เปิดโอกาสซักถามและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลสุขภาพ เช่น การเรียกขานชื่อผู้ป่วยด้วยคำว่า “คุณ” นำหน้าแผนกห้องบัตร และในหน่วยต่างๆ จะเรียกขานผู้ป่วยตามระดับความสัมพันธ์เช่น พี่ น้อง ลุงป้า น้า เป็นต้น

การบริการข้อมูลสารสนเทศ มีการเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล <http://www.maelanhos.com/> และทางมีการประชาสัมพันธ์ทาง Social media เฟสบุ๊ก โรงพยาบาลแม่ลาน มีบริการเสียงตามสายของงานประชาสัมพันธ์ตามเวลาที่กำหนด

การรับข้อร้องเรียนทางโรงพยาบาลมีช่องทางการรับข้อร้องเรียนผ่าน Social Media,การเขียนข้อร้องเรียน,ตู้รับข้อร้องเรียน,เสียงสะท้อนในชุมชน

## I-3.2 ข. ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ทางโรงพยาบาลมีการเก็บแบบสำรวจความพึงพอใจจากผู้ผู้ป่วยทั้งแบบสแกน QR Code และแบบเขียนมือ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในชุมชน อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ 80)

## I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

ในเรื่องของการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทางโรงพยาบาลได้มีนโยบายติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย โดยมีความครอบคลุมทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยในเป็นเอกสารประจำห้อง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการติดป้ายชื่อ-สกุล และวิชาชีพเพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบ ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเองเว้นแต่ผู้ป่วยจะยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นิติวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยตามกฎหมาย มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยพิการทางกายหรือทางจิต โรงพยาบาลจัดทำสื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

จุดบริการที่มีโอกาสจะละเมิดสิทธิของผู้ป่วย จากการตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้าไปตามจุดบริการต่าง เช่น ผู้ป่วย HIV,ผู้ป่วยถูกกระทำรุนแรงทางเพศ เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการวางแผนการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว มีการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ทีมดูแลผู้ป่วย ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม เช่น หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผูกยึดหรือแยกตัว ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดข้อบ่งชี้ในการแยกหรือผูกยึด ติดตามเฝ้าระวัง ประเมินความจำเป็น และยุติการใช้โดยเร็วที่สุด

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
<p>11.การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก (1)**</p>	<p>3</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ความต้องการและคาดหวังของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้รับการสะท้อนอย่างทั่วถึงที่สุด ทีมงานได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 เพิ่มกระบวนการรับฟังผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เช่น การสัมภาษณ์ผู้รับบริการแต่ละจุดบริการ จากใบข้อเสนอแนะ จากเพจของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงข้อร้องเรียนต่างๆ</li> <li>2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอต่อคณะที่นำโรงพยาบาลทุก 1 เดือน เพื่อออกแบบตอบสนองความต้องการของแต่ละกลุ่ม</li> <li>3 ให้แต่ละจุดบริการออกแบบการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มและมานำเสนอต่อที่มนำของโรงพยาบาล</li> <li>4 มีการติดตามและประเมินผล</li> </ol> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <p>ปี 2563 มีการรับฟังจากผู้ป่วยนอกการบริการที่รวดเร็วขึ้น ลดความแออัด ผู้ป่วยในนั้น อยากได้รับการบริการในเรื่องอาหารทางโรงพยาบาลได้มีการขยายบริการลงไปบริการใน PCC และขยายพื้นที่รอคิวให้กว้างขึ้นเพื่อลดความแออัด และลดจำนวนผู้รับบริการสู่ PCC และมีการบริการอาหารผู้ป่วยใน 3 มื้อ</p> <p>ปี 2564 ผู้ป่วยใน มีความต้องการให้ทางโรงพยาบาลกำจัดเตียงในยามวิกาล ผู้รับบริการต้องการให้งานกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย เพิ่มช่องทางการเข้าถึง ทางโรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงห้องพักผู้ป่วยใน แยกระหว่างชายและหญิง และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงโดยการเปิดบริการกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ในรูปแบบ OPD คู่ขนาน</p> <p>ปี 2565 ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกต้องการบริการที่รวดเร็ว การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิก NCD ปรับเวลาการให้บริการ พยาบาลซักประวัติเริ่มปฏิบัติงานเวลา</p>

			7.30 น. และแพทย์เริ่มตรวจเวลา 8.45 น. เพิ่มจุดให้มีพยาบาลให้ข้อมูลเจ็บป่วย การตรวจ การรักษาและแนวทางการดูแล สุขภาพตามรายโรคหลังจากห้องตรวจโรคโดยแพทย์ แผนกผู้ป่วยในต้องให้มีการปรับปรุงห้องพิเศษ ทางโรงพยาบาลได้ทำการปรับปรุงห้องพิเศษให้มีความสะดวกสบายมาก ยิ่งขึ้น
12.การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและ บริการสุขภาพ [I-3.1ข(1)(2)]	3	I	เป้าหมายในการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและบริการสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงการจัดบริการให้แก่กลุ่มผู้รับบริการตอบสนองความ ต้องการ ความคาดหวังด้านสุขภาพ ได้ดำเนินการ 1.มีการกำหนดกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ทีมทางคลินิกและโรงพยาบาลมุ่งเน้นดังนี้ การรับฟังกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ, กลุ่มผู้ป่วย NCD,Stroke,STEMI,Sepsis,อยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง บริการใกล้บ้านใกล้ ใจ มีชีวิตรอด ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบรรเทาอาการรบกวน ได้รับการที่รวดเร็ว ถูกต้อง กลุ่ม COPD มีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว ได้รับการตรวจสอบสมรรถภาพปอด TB ต้องการการรักษาความลับ ได้รับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย และรักษาหาย HIV ต้องการการรักษาความลับ ได้รับการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการวางระบบการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจ เกี่ยวกับการคงไว้เกี่ยวกับการให้ การคงไว้หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับกฎหมาย ความเชื่อ และวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว งานสุขภาพจิตและยาเสพติด ต้องการได้รับการบริการในพื้นที่เป็นสัดส่วน ได้รับการรักษาสิทธิผู้ป่วย 2.นำความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเข้าทีมผู้ดูแลผู้ป่วยตามกลุ่ม เพื่อทีมผู้ดูแลนำข้อมูลไปปรับเปลี่ยนการจัดบริการ 3.มีการติดตามประเมินผล ในทีมนำทุก 1 เดือน <u>ผลลัพธ์</u> กลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ,กลุ่มผู้ป่วย NCD, Stroke, STEMI,Sepsis พัฒนาระบบการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคสำคัญแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง, พัฒนาแนวทางปฏิบัติรายโรคและจัดการ ระบบ Fast Track ในกลุ่มโรคสำคัญ,การปรับอัตรากำลังในการส่งต่อ,พัฒนาระบบ Refer และช่องทางการ consult แพทย์ เฉพาะทางโรคหัวใจ และมีการเริ่มต้นการรักษาก่อน Refer กลุ่ม COPD จัดบริการตรวจสอบสมรรถภาพปอดและจัดพื้นที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

			<p>TB,HIV ปรับปรุงพื้นที่บริการให้มีความมิดชิด พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย TB,HIV โดยเฉพาะและป้องกันการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1) ประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Palliative performance scale version2 (PPS v2) เพื่อประเมินระยะของผู้ป่วยระดับประคอง, 2)ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว, 3)วางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ, 4) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan), 5) กำหนดผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว, 6)การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life) เน้นการจัดการความปวดและตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ, 7)วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ(Grand round)</p> <p>งานสุขภาพจิตและยาเสพติด จัดพื้นที่ให้บริการให้เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว ลับหูไม่ลับตา ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วย(OSCC) ลดขั้นตอนการรอรับบริการโดยผู้รับบริการสามารถ Walk-in มาทำงานจิตเวชและยาเสพติดโดยผ่านขั้นตอนแผนกอื่น ฉุกเฉินห้องบัตร</p>
13.การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน [I-3.2ก (1)(2)(3)]	3	I	<p>เพื่อปรับปรุงการสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียนของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง 50% ทีมงานได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในหัวข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ</li> <li>2. ข้อร้องเรียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Organizational Accedent Causation Model เพื่อช่วยหาเหตุ</li> <li>3. มีมาตรการสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการซ้ำคนเดิม</li> <li>4. ทางโรงพยาบาลมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มอบรอยยิ้มให้ผู้ป่วยและส่งเสริมในเรื่องมารยาทในเรื่องของการทักทาย สอบถามผู้รับบริการในทุกจุดบริการ เปิดโอกาสซักถามและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลสุขภาพ</li> </ol> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีโครงการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>2. จำนวนข้อร้องเรียน ปี 2563-2566 คือ 7 เรื่อง,8 เรื่อง,8 เรื่อง,32 เรื่อง ตามลำดับ</li> </ol> <p>ข้อร้องเรียนในปี 2566 เพิ่มขึ้นเนื่องจาก โรงพยาบาลแม่ลานมีการออกแบบรับฟังจากผู้ป่วยจากหลายช่องทาง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. การตอบสนองข้อร้องเรียนได้ร้อยละ 100</li> </ol>

14.การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.2ข(1)(2)]	3	L,I	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>กระบวนการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีกระบวนการประเมินความพึงพอใจทั้งแบบออนไลน์และแบบเขียนมือ</li> <li>2. มีการติดตามการประเมินความพึงพอใจเดือนละ 1 ครั้ง</li> </ol> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <p>อัตราความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก ปี 2563-2566 คือ 82.8%,84.8%,83.33%,84.8% ตามลำดับ</p> <p>อัตราความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยใน ปี 2563-2566 คือ 82.9%,83.44%,82.66%,85.3% ตามลำดับ</p>
15.การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]	3	I	<p>เป้าหมายเพื่อให้มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยมีกระบวนการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการวางระบบในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย</li> <li>2. มีการตีตประกาศคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วยในทุกจุดของจุดบริการ</li> <li>3. มีการตามรอยกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสละเมิดสิทธิผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ป่วย OSCC HIV TB ผู้ป่วยกลุ่มผูกมัด/แยกโรค เป็นต้น</li> <li>4. มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่ราบบเทาบทคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย</li> <li>5. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ กรณีผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิ เพื่อวางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย</li> </ol> <p><u>ผลลัพธ์</u></p> <p>กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)</p> <p>อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล Palliative,end of life &gt; 80% ปี 2563 – 2566 ร้อยละ 100</p>

**iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

การขยายจุดบริการผู้ป่วยนอกให้มีพื้นที่กว้างขึ้น เมื่อ ปี 2563

การแยกพื้นที่เป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยชายและหญิง การบริการอาหารผู้ป่วยในครบ 3 มื้อ ปี 2564

การปรับปรุงพื้นที่บริการห้องสุขภาพจิตและพื้นที่บริการกลุ่มผู้ป่วย HIV ที่มีคามเป็นสัดส่วน ปี 2565

การปรับปรุงห้องพิเศษ ปี 2566

**iv. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** การเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	2566
อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยนอก	>90%	80.5	82.8	84.8	83.33	88.31
อัตราความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยใน	>90%	83.92	82.9	83.44	82.66	85.92
อัตราความพึงพอใจในชุมชน	>90%	92.5	93.75	94.25	95.5	97.75
อัตราความพึงพอใจในผู้ป่วย HT,DM	>80%	NA	NA	NA	87.53	80.44
ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	ลดลง 50%	6	2 เรื่อง	4 เรื่อง	7 เรื่อง	3 เรื่อง

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-4.1 องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

I-4.2 องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สิทธิทรัพย์สินความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

i.บริบท

โรงพยาบาลแม่ลานใช้คอมพิวเตอร์ระบบเครือข่ายในระบบปฏิบัติการ Novell Netware เป็นserver จัดเก็บโปรแกรมและฐานข้อมูลเชื่อมต่อเป็นเครือข่ายสำหรับบันทึก/ประมวลผลข้อมูล โดยลูกข่ายจะเป็นระบบปฏิบัติการ windows โดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการจัดการระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วย( โปรแกรม HOSxP เป็นโปรแกรมหลักในการให้บริการผู้ป่วย) โดยระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยกำหนดให้เป็นแบบ Network ที่สามารถจัดการกับข้อมูลของผู้ป่วยได้จากทุกจุดปฏิบัติงานได้พร้อมกัน และมีโปรแกรมประกอบการใช้งานในระบบ back office ได้แก่ โปรแกรม Drug และ Eazy stock สำหรับบริหารคลังเวชภัณฑ์/วัสดุ โปรแกรม EZDent-i สำหรับงานทันตกรรม โปรแกรม e-claim สำหรับการเรียกเก็บค่าบริการ , AM manage สำหรับการจัดการระบบครุภัณฑ์และบริหารทรัพยากรบุคคล, โปรแกรม R 506 สำหรับงานระบาดวิทยา,โปรแกรม Thai Refer สำหรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย ,โปรแกรม PACS (DB Viewer) สำหรับการดูฟิล์มเอ็กซเรย์ ,โปรแกรม LIS สำหรับห้องLAB ,โปรแกรม DataAudit สำหรับการเรียกเก็บค่าบริการ และโปรแกรม KIOS สำหรับการจัดการระบบคิวรับบริการ

โรงพยาบาลแม่ลานโดยทีมนำและทีมสารสนเทศได้มีการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์และกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยมีการดำเนินการจัดทำทุก 5 ปี และมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติการรวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมตามแผนปฏิบัติการเป็นประจำทุกปี ตัวชี้วัดที่กำหนดจะครอบคลุมประเด็นด้านการบริการสุขภาพ (การส่งเสริม ดูแลรักษา การป้องกัน ฟื้นฟู สุขภาพ ) ด้านประสิทธิผลของกระบวนการระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย ผลลัพธ์ของการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลการดำเนินการของระบบบริการ ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร ผลลัพธ์ด้านการเงิน โดยทางทีมสารสนเทศได้ดำเนินการจัดทำแบบติดตามตัวชี้วัดเป็นรายเดือน โดยให้ผู้ที่รับผิดชอบเข้าไปบันทึกข้อมูลผลงานตัวชี้วัดในแบบติดตามตัวชี้วัดที่เปิดให้ใช้งานในเวปไซต์ของโรงพยาบาล ( [www.maelanhos.com](http://www.maelanhos.com)) โดยทางทีมสารสนเทศจะมีการติดตามตัวชี้วัดในการประชุมทีมคร่อมเป็นประจำทุกเดือน และรายงานต่อทีมนำในการประชุมทุกครั้ง และการบันทึกตัวชี้วัดออนไลน์ทำให้สามารถติดตามสถานะตัวชี้วัดได้แบบ real-time จากการดำเนินงานพบว่าในปี 2566 มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลทั้งสิ้น 189 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็น ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 109 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดตามตอนที่ IV ผลการดำเนินงาน 80 ตัวชี้วัด จากการติดตามการบรรลุผลตามตัวชี้วัดตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่ามีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป็นร้อยละ 46.57,42.3 และ 54.60 ตามลำดับ ทางทีมสารสนเทศและทีมนำได้กำหนดให้มีการจัดทำระบบ line notify ในรายการตัวชี้วัดที่สำคัญเพิ่มเติมในปี 2567 เพื่อให้สามารถติดตามตัวชี้วัดได้รวดเร็วและสามารถปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้ยังได้เข้าร่วมโครงการ THIP เพื่อ benchmark ตัวชี้วัดกับหน่วยงานอื่นในประเทศไทยโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาด F2 ด้วยกัน ผลการดำเนินงานพบว่า ตัวชี้วัดที่มีระดับ P-value อยู่ในระดับ P75 ในปี 2564-2566 มีค่าเป็น 39.68,43.55 และ 58.54 ตามลำดับ

โรงพยาบาลแม่ลานมีการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ( medical record ) เป็นแบบ OPD paperless โดยการใช้โปรแกรม HOSxP ที่มีการกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้งานของเจ้าหน้าที่แต่ละคน โดยผู้ดูแลระบบ เจ้าหน้าที่แต่ละคนจะมี username/password เป็นรายบุคคล แต่ละคนมีสิทธิเข้าถึงข้อมูลตามระดับของวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วย มีการ scan เอกสารที่ไม่สามารถจัดทำเป็นระบบ



## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

บันทึกทางโปรแกรมได้โดยตรง เช่น ใบภาพการ์ตูน ผล EKG ใบตอบกลับ refer เก็บไว้ในโปรแกรม HOSxP เพื่อความสะดวกในการดูผลย้อนหลังและป้องกันเอกสารสูญหาย ส่วนฟิล์มเอกซเรย์จะจัดเก็บโดยระบบ PACS ซึ่งเป็นระบบออนไลน์และสามารถเชื่อมต่อกับ รพ.ปัตตานี(รพ.แม่ข่าย) เพื่อส่งฟิล์มเอกซเรย์ออนไลน์ได้ งานสารสนเทศมีการจัดส่งข้อมูลการให้บริการเข้าสู่ระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำทุกเดือน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการส่งออกทุกครั้ง ผลการดำเนินงานในปี 2564-2566 มีค่าเป็นร้อยละ 99.62, 99.91 และ 99.93 ตามลำดับ

โรงพยาบาลแม่ลานมีการปรับปรุงห้อง server ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานโดยการกันห้องเป็นสัดส่วน มีระบบป้องกันการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก มีการสำรองข้อมูลเป็นประจำทุกวันศุกร์ และมีแผนปรับเป็นการสำรองข้อมูลเป็นประจำทุกวันโดยมีเป้าหมายให้มีการสำรองข้อมูลที่ใกล้เคียงกับฐานข้อมูลที่ใช้งานให้มากที่สุด (มีการเปลี่ยน server ใหม่ที่มีสมรรถนะสูงในปี 2566 และกำหนดให้มีการปรับปรุง server ทุก 10 ปี) มีระบบ Firewall ที่มีการปรับปรุงระบบทุก 3 ปี เพื่อป้องกันการถูกโจมตีโดย Hacker มีระบบสำรองไฟฟ้ากรณีไฟฟ้าดับหรือขัดข้อง เพื่อให้ระบบ LAN สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ในรอบปี 2564-2566 ไม่พบระบบ LAN ล่มจนไม่สามารถกู้คืนได้ภายใน 30 นาที และไม่พบการถูกโจมตีโดย hacker แต่พบที่มีการสูญหายของชุดข้อมูลจำนวน 1 ครั้ง โดยได้รับการรายงานจากผู้ใช้ งานสามารถกู้คืนข้อมูลที่สูญหายได้ครบถ้วน สาเหตุเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการสำรองข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่

งานสารสนเทศมีการให้บริการจัดทำแบบฟอร์มต่างๆทางการพยาบาลรวมทั้งการออกแบบรายงานผลการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ต้องการข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP โดยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีการสนับสนุนรายงาน/แบบฟอร์มทางการพยาบาลเป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 57 แบบฟอร์ม อาทิเช่น Custom-DriverDiagram-PCT-OPD-20โรค-MLH, Custom-รายชื่อผู้ป่วย-มะเร็ง-ปาร์กินสัน-ไมเกรน-สะเก็ดเงิน-OPD-MLH, CUSTOM-หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องฟันและขัดทำความสะอาดฟัน โรงพยาบาลแม่ลาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการใช้โปรแกรมสนับสนุนทาง back office โดยการดำเนินการติดตั้งและอบรมการใช้งาน เช่น

- โปรแกรม ANT Manage ในการจัดการบุคลากร/การใช้รถ หรือการแจ้งซ่อม
- โปรแกรม EasyDispensing สำหรับห้องยา
- โปรแกรม DataAudit สำหรับการเรียกเก็บค่าบริการ
- โปรแกรม Kiosk สำหรับการลงทะเบียนรับบริการอัตโนมัติ/คิวอัตโนมัติ
- โปรแกรม IPD paperless ได้ดำเนินการติดตั้งและอยู่ในช่วงกำลังทดสอบระบบ โดยจะเริ่มใช้งานในเดือนตุลาคม 2566

ความรู้ขององค์กร โรงพยาบาลและทีมนำคุณภาพ ส่งเสริมการจัดการความรู้ การเรียนรู้ตามค่านิยมโรงพยาบาล โดยทีมศูนย์คุณภาพได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำ CQI วิธีการเขียนผลงานจัดเวทีนำเสนอผลงาน CQI ทุกหน่วยงานทุกปี ทั้งในกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสนับสนุน โดยให้พัฒนา CQI จากงานประจำ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมประกวดมหกรรมคุณภาพระดับจังหวัด และส่งผลงานเข้าร่วมในงานวิชาการ HA Forum ทุกปี และเสริมพลังและขวัญกำลังใจโดยมีการมอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมนำเสนอหรือผ่านการคัดเลือกรวมถึงได้รางวัล ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทีม HRD จัดเวที KM ในปัญหาที่สำคัญในหน่วยงานต่างๆ ตาม Learning need และ KM ความรู้ระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การเขียนหนังสือราชการ การเบิกเงินไปราชการ แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม FAST ใน PCT ,Medical safety ,การจัดการขยะ ,การล้างมือและสวมอุปกรณ์ป้องกัน, การเขียนมาตรฐาน, การเขียน CQI เป็นต้น รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ข้อมูลทั้งหมด ใน website รพ. ,ในแฟ้มเอกสารหน่วยงาน คู่มือต่างๆ มีการกำกับควบคุมเลขเอกสารที่สำคัญ เช่น CPG,นโยบายแนวทางหน่วยงาน เป็นต้น

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
16.การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]**	3.5	L,I	<p>1.เพื่อปรับปรุงกระบวนการติดตามความก้าวหน้าของการติดตามตัวชีวิตได้รวดเร็ว โดยมีเป้าหมายให้มีการบันทึกข้อมูลตัวชีวิตผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลเป็นปัจจุบัน รวมทั้งมีการรับรู้ผลการดำเนินงานตัวชีวิตที่สำคัญอย่างทันท่วงที ผลการดำเนินงานพบว่ากระบวนการบันทึกข้อมูลไม่สม่ำเสมอในช่วงแรกๆ ปรับโดยมีการติดตามในการประชุมทีมคร่อม และมีแผนในการรายงานตัวชีวิตที่สำคัญผ่านทางระบบ line notify เพื่อความรวดเร็วในการรับทราบตัวชีวิตโดยทีมนำและผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>2.เพื่อปรับปรุงระบบการติดตามตัวชีวิตให้ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 ทางทีมสารสนเทศได้มีการติดตามตัวชีวิตและนำเสนอตัวชีวิตต่อทีมนำทุก 3 เดือน ผลปรากฏว่า ตัวชีวิตที่ผ่านเกณฑ์ในปี 2564-2566 มีค่าเป็นร้อยละ 46.57,42.30 และ 54.60 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชีวิต จึงมีการวางแผนในการจัดทำระบบรายงานที่มี upper limit control chart และ lower limit control chart ในปี 2567 เพื่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของตัวชีวิตได้เร็วยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถดูแนวโน้มในการผ่านเกณฑ์ตัวชีวิตตามที่ได้คาดหวังไว้</p> <p>3.เพื่อให้มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่มีผลต่อการกำหนดเป้าประสงค์การทำหายและส่งเสริมการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด ทางโรงพยาบาลจึงมีแผนการเข้าร่วมโครงการ THIP อย่างต่อเนื่อง</p>
17.การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]	3	I	<p>1.เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ เนื่องจากตัวชีวิตด้านการเงินมีค่าต่ำลงในทุกปีตั้งแต่ปี 2564-2565 จึงได้ประสานวิทยากรมาช่วยวางระบบและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้ ซึ่งนอกจากจะช่วยเรื่องการจัดเก็บรายได้ที่ครอบคลุมถูกต้องมากขึ้น ยังสามารถช่วยจัดการระบบการชำระหนี้ให้เป็นไปตามข้อกำหนดทางการเงิน ส่งผลให้มีการจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2563-2566 เป็น 50.22,43.38 , 69.17 และ 60.63 ล้านบาท ตามลำดับ สามารถลดระยะเวลาชำระหนี้ลงจาก 402.29 วัน เหลือ 174.02 วัน ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้คงเหลือวันชำระหนี้ไม่เกิน 90 วัน ต่อไป</p> <p>2.เพื่อให้มีตอบสนองต่อโรคที่มีความชุกของการเกิดโรคที่เพิ่มขึ้น ทีมสารสนเทศได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดโรค stroke ในอำเภอแม่ลานเสนอต่อ PCT เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป</p>

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p>18.คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]</p>	<p>3.5</p>	<p>L,I</p>	<p>1.เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลก่อนการส่งออก ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบของ สปสช. ทุกครั้งที่มีการส่งเข้าข้อมูลสู่ HDC เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล และดำเนินการแก้ไขปรับปรุงข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์จากการตรวจสอบ แล้วจึงส่งข้อมูลเข้า HDC จากการดำเนินการพบว่า ในปี 2564-2566 มีค่าความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลเป็นร้อยละ 99.62,99.91 และ 99.93 ตามลำดับ</p> <p>2.เพื่อแก้ปัญหาการจัดการคลังเลือด และระบบการรายงานผลการให้บริการเป็นแบบ real time และมีรูปแบบที่ดูได้ง่ายทางโรงพยาบาลแม่ลานมีแผนปรับปรุงไปใช้ HOSxP Ver 4.0 ในปีงบประมาณ 2567 เพื่อรองรับการจัดการคลังเลือด ระบบการรายงานผลการดำเนินงานเป็น real time ต่อไป</p> <p>3. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในมากกว่าร้อยละ 90 โรงพยาบาลแม่ลานมีแผนในการปรับปรุงไปใช้ IPD paperless ในเดือนตุลาคม 2566</p> <p>4. เพื่อให้สนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน ทีมสารสนเทศมีแผนพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลภาพที่ scan เข้ามาในระบบ HOSxP ให้สามารถนำมาเปรียบเทียบผลการตรวจก่อน-หลัง ได้ในหน้าจอเดียวกัน เพื่อความสะดวกและความแม่นยำในการวินิจฉัยของแพทย์ โดยคาดว่าจะสำเร็จในปีงบประมาณ 2567</p>
<p>19.ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข]**</p>	<p>3</p>	<p>L</p>	<p>เพื่อให้องค์กรมีความรู้ที่จำเป็นมีคุณภาพพร้อมใช้งาน และมีการจัดความรู้ที่ดี ทีมได้ดำเนินการดังนี้</p> <p>1.ส่งเสริมการจัดการความรู้ การเรียนรู้ตามค่านิยมโรงพยาบาล โดยทีมศูนย์คุณภาพได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำ CQI วิธีการเขียนผลงาน จัดเวทีนำเสนอผลงาน CQI ทุกหน่วยงานทุกปี ทั้งในกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสนับสนุน โดยให้พัฒนา CQI จากงานประจำ</p> <p>2.รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ข้อมูลทั้งหมด ใน website รพ. การสื่อสาร KM ผ่านโซเชียลของ รพ. ,ในแฟ้มเอกสารหน่วยงาน คู่มือต่างๆ มีการกำกับควบคุมเลขเอกสารที่สำคัญ เช่น CPG,นโยบายโรงพยาบาล, แนวทางหน่วยงาน เป็นต้น การถ่ายทอดความรู้ในการใช้ฐานข้อมูลการให้คำวินิจฉัย (diagnosis text) ของแพทย์และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ</p> <p>3.กำหนดความรู้ที่ให้ความสำคัญและถ่ายทอดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น นโยบายปฏิบัติตามกฎระเบียบ ,มาตรฐาน HA ,เครื่องมือคุณภาพ ,CPG,CNPG ,แนวทาง FAST โรคสำคัญ,ตัวชี้วัดโรงพยาบาล,แผนยุทธศาสตร์ เป็นต้น</p> <p>4.การมีส่วนร่วมของทีมนวัตกรรมในการทบทวนเคลส ของ PCT โดยการสนับสนุนเวชระเบียน การสนับสนุนข้อมูลโดยการใช้ clinical tracer ต่างๆ เพื่อกำหนดเป็น CPG ใหม่ ๆ เพิ่มเติม</p> <p>5.การสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการดำเนินการ KM และกำหนดให้แต่ละหน่วยงานต้องมี CQI อย่างน้อยปีละ 2 เรื่อง</p>

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

			6.ขยายผลความรู้ที่เป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานอื่น ได้แก่ วิธีการดึงรายงานสถิติข้อมูลในโปรแกรม hos-xp ,การจัดทำ google drive,การแจ้งเตือนวันหมดอายุของวัสดุ ยา ผ่านทาง Auto notify line,จัดตารางนัดหมาย by notion เป็นต้น ผลลัพธ์ อัตราทุกหน่วยงานมีผลงานนวัตกรรม/CQI 100% ผลงาน ได้ขยายผลผ่านเข้าร่วมนำเสนอในระดับจังหวัด เขต ประเทศ อัตราผลงานผลงานนวัตกรรม/CQI ผ่านการคัดเลือกนำเสนอผลงานในเวทีระดับจังหวัด 62.5% และนำเสนอใน HA Forum ผลงานด้าน Non clinic มีเพิ่มขึ้น ,มีรหัสการควบคุมเอกสารในทุกหน่วยงาน/ทุกทีมพร้อม
--	--	--	--

**iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

- การจัดการโรค COVID-19 ได้ดี มีจำนวนผู้ป่วยน้อยที่สุดในจังหวัดปัตตานี
- อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดย สนย.
- ระบบการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม เป็นวิทยากรของจังหวัดปัตตานี
- อัตราผลงานผลงานนวัตกรรม/CQI ผ่านการคัดเลือกนำเสนอผลงานภายนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

**iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** การเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสม มีการ alignment & integration การรวบรวม วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดีเพื่อให้งานองค์กรบรรลุผลสำเร็จ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราความถูกต้องของการส่งออก 43 แฟ้มข้อมูล	>99.9%	99.84	99.91	99.62	99.91	99.93
จำนวน Knowledge asset created	10 ชิ้นงาน/ปี	21	13	23	35	25
อัตราทุกหน่วยงานมีผลงานนวัตกรรม/CQI	100%	94.1	100	93.75	100	100
อัตราผลงานผลงานนวัตกรรม/CQI ผ่านการคัดเลือก นำเสนอผลงานภายนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	>60%	40	50	62.5	64.3	66.7
อัตราตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ประเมิน	> 80%	55.22	67.16	46.57	42.30	54.60
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก	> 90 %	90.25%	91.47%	90.46%	93.05%	90.04%
อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน	> 90 %	82.15%	87.23%	87.98%	89.46%	88.05%

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## I-5 บุคลากร

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

I-5.1 องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

I-5.2 องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

**บริบท**

โรงพยาบาลแม่ลาน มีอัตรากำลังทั้งหมด 160 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 88 คน ลูกจ้างประจำ 2 คน พนักงานราชการ 4 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 42 คน จ้างเหมาบริการ 22 คน แบ่งตามกลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ 5 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 8 คน เภสัชกร 4 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 50 คน เจ้าพนักงานเวชสถิติ 2 คน นักจิตวิทยา 2 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน แพทย์แผนไทย 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตกรรม) 1 คน และบุคลากรอื่น ๆ 73 คน อัตราFTE ปี 2565 มีความไม่เพียงพอในสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน คือหน่วยงานเอกซเรย์ไม่มีเจ้าหน้าที่รังสี แต่มีการดูแลจากทีมรังสีระดับจังหวัด และปี 2566 ได้รับเจ้าหน้าที่รังสีเพิ่ม ทำให้ FTE เพียงพอ สำหรับสายสนับสนุน พบว่าประเมินอัตรา FTE มีความเพียงพอ แต่หากดูจากภาระงาน พบว่างานพัสดุมีอัตราบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างมากขึ้น ทำให้ทำงานบางอย่างเช่นการจัดทำสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง บันทึกข้อความต่าง ๆ ไม่ทันตามกำหนดการ พบเป็นปัญหาด้านงานพัสดุ จึงได้มีแนวทางปรับปรุงโดยการจัดเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและบุคลากรจากสสอ.แม่ลาน หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงานพัสดุ สำหรับการสรรหาบุคลากรใหม่ มีการประเมินคุณสมบัติตรงตามตำแหน่ง ตามสายงานเพื่อให้การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน มีประสิทธิภาพ ได้กำหนด มีการตรวจสอบและทบทวนหลักฐานผู้ประกอบการปัจจุบัน ซึ่งพบว่า มีเจ้าหน้าที่ไปประกอบวิชาชีพหมดอายุไม่ได้ ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ขาดระเบียบวินัยในการปฏิบัติงาน จึงได้จัดทำมาตรการการแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 ปี โดยส่งให้หัวหน้าหน่วยงานและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบ จัดทำแผนปฐมนิเทศการปฏิบัติงาน ระเบียบวินัย เช่น การลา การแต่งกาย พฤติกรรมบริการ เป็นต้น มีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน พื้นฟูระเบียบวินัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เก่าทุก 3 ปี มีการจัดทำแฟ้มประวัติเจ้าหน้าที่ใหม่ ,ตรวจสอบสุขภาพก่อนทำงาน มีการปฐมนิเทศเกี่ยวกับองค์กร ยุทธศาสตร์ แนวทางปฏิบัติต่างๆ เรียนรู้ อบรมเสริมทักษะตามสายงาน ซึ่ง จาก การประเมินขีดความสามารถของบุคลากร Core competency หน่วยงาน สมรรถนะในแต่ละวิชาชีพเพื่อให้ผู้ช่วยปลอดภัย พบความเสี่ยง ปี2565 มีแพทย์ใหม่มาปฏิบัติงานโดยไม่ผ่านการกำกับดูแล ทำให้การตรวจรักษากลุ่ม NCD ไม่เป็นไปตามแนวทาง จึงได้มีการทบทวนการพัฒนาสมรรถนะในด้านคลินิก กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค HT,DM โดยใช้การสร้างแรงจูงใจ Motivation Interview, พัฒนาความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกงานในการส่งเสริมป้องกันโรค HT,DM ,จัดทำKM เรื่องแนวทางต่างๆ เน้นกลุ่มโรคNCD เป็นต้น สำหรับสายสนับสนุน พบความเสี่ยงเกี่ยวกับระบบประปา จากการเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์และความชำนาญ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการล้างน้ำทรายของประปา ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบการไหลของน้ำประปาเป็นต้น ดังนั้นปี 2565 – ปัจจุบัน มีนโยบาย ทุกหน่วยงานมีเจ้าหน้าที่ใหม่ ฝึกอบรม ทักษะตามสายวิชาชีพ อย่างน้อย 1 เดือน และมีพี่เลี้ยงตามสายงาน คอยคุม กำกับ การทำงาน เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกันนี้มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เรียนรู้ทักษะดิจิทัลตามนโยบาย มีการจัดสวัสดิการแก่บุคลากร เช่น เยี่ยมไข้ บ้านพัก เป็นต้น ส่วนด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร มีการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมให้บุคลากรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพและมีความสัมพันธ์ที่ดี โดยการจัดกิจกรรมกีฬา การจัดตั้งชมรมต่างๆ ได้แก่ ชมรมแอโรบิก ชมรมเดินวิ่ง เป็นต้น จัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพุธของสัปดาห์ แต่ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ได้ยกเลิกกิจกรรมออกกำลังกายที่รวมกลุ่มกัน ทำให้บรรยากาศการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ส่งเสริมสุขภาพลดน้อยลง พบว่าบุคลากรที่มีผลตรวจสุขภาพผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงวางแผนส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรในปี2566 โดยมีการประเมินน้ำหนัก รอบเอวและค่า BMI ทุกไตรมาส เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และให้มีการดูแลสุขภาพในกลุ่มที่รอบเอวเกินน้ำหนักเกิน โดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มที่มีBMI เกิน และ BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อสร้างบรรยากาศในการดูแลสุขภาพใหม่อีกครั้ง ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงโรงพยาบาลได้จำแนกความเสี่ยงตามบุคลากรกลุ่มต่างและมีมาตรการป้องกัน คือกำหนดนโยบายความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานพื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน,งานห้องคลอด,ผู้ปฏิบัติงานห้องแยกโรค,หน่วยจ่ายกลาง ช่างซ่อมบำรุง ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้อง จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันให้พร้อมใช้และเพียงพอ รongรับสถานการณ์ต่างๆ มีแผนจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องทุ่นแรงให้กับเจ้าหน้าที่ เช่น รถเข็นขนย้ายอุปกรณ์ เตียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กำหนดการฉีดวัคซีนประจำปีให้กับเจ้าหน้าที่ และนิเทศติดตามโดยหัวหน้างานทุกวันและทีม IC ,ENV ทุก3 เดือน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
20.ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร [-5.1ก]**	3	L,I	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมายการบริหารบุคลากรให้มีความสามารถเพียงพอและเหมาะสมตามตำแหน่ง รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มี มาตรการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.มีการประเมินอัตรากำลังบุคลากรแต่ละหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง กำหนดมอบหมายงาน ความรับผิดชอบให้เหมาะสมกับคุณลักษณะตำแหน่งและความเหมาะสม เป็นลายลักษณ์อักษร</li> <li>2.กรณีหน่วยงานมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ เช่นหน่วยงานเอกซเรย์ไม่มีเจ้าหน้าที่รังสี แต่มีเจ้าหน้าที่ทั่วไปมาปฏิบัติงานแทน โดยมีการดูแล ประเมิน ติดตามการเอกซเรย์ จากที่รังสีระดับจังหวัดและเจ้าหน้าที่จากรพ.สาบური ทุก 3 เดือน ,สำหรับสายสนับสนุน พบว่าการประเมินอัตรา FTE มีความเพียงพอ แต่หากดูจากภาระงาน พบว่างานพัสดุมีอัตราบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานเนื่องจากมีการจัดซื้อจัดจ้างมากขึ้น ทำให้มีการทำงานบางอย่างเช่นการจัดทำสัญญาจัดซื้อจัดจ้าง บันทึกข้อความต่างๆ ไม่ทันตามกำหนดการ จึงได้มีแนวทางปรับปรุงโดยการจัดเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและบุคลากรจากสสอ.แม่ลาน หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงานพัสดุการทำเอกสาร บันทึกข้อความการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น</li> <li>3.มีการสรรหาบุคลากรเพิ่ม โดยมีข้อกำหนดการสรรหาดังนี้                     <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 มีการประเมินคุณลักษณะในแต่ละตำแหน่งตามกรอบข้าราชการพลเรือน</li> <li>3.2.แต่งตั้งคณะกรรมการสอบคัดเลือกตามตำแหน่ง กรณีลูกจ้างเหมาบริการใช้ระเบียบงานพัสดุในการว่าจ้าง</li> <li>3.3จัดทำข้อตกลง นโยบาย การว่าจ้าง</li> </ol> </li> </ol>

			<p>4. ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกคน โดยทุกหน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่ ต้องฝึกอบรมความรู้เช่นแนวทางปฏิบัติด้าน NCD ,ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรค HT,DM เป็นต้น อบรมทักษะตามสายวิชาชีพ อย่างน้อย 1 เดือน และมีพี่เลี้ยงตามสายงาน ควบคุม กำกับ การทำงาน เพื่อให้การทำงานเป็นไปตาม แนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ใหม่ระบบประปา บ่อบำบัด มีการฝึกอบรม ทักษะการปฏิบัติงานโดยนักวิชาการสาธารณสุข และมีการติดตามประเมินการทำงานโดยหัวหน้างานทุกเดือน และประธานทีมคร่อม ENV ทุก 3 เดือน เป็นต้น</p> <p>5. บันทึกประวัติเป็นรายบุคคลในโปรแกรม</p> <p>6. ตรวจสอบและทบทวนหลักฐานผู้ประกอบการวิชาชีพให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งพบว่า มีเจ้าหน้าที่ไปประกอบวิชาชีพหมดอายุ ไม่ได้ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ขาดระเบียบวินัยในการปฏิบัติงาน จึงได้จัดทำมาตรการการแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 ปี โดยส่งให้หัวหน้าหน่วยงานและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบ จัดทำแผนปฐมนิเทศการปฏิบัติงาน ระเบียบวินัยตามนโยบายโรงพยาบาล เช่น การลา การแต่งกาย พฤติกรรมบริการ เป็นต้น มีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน พี่นฟูระเบียบวินัยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เก่าทุก 3 ปี</p> <p>ทำให้เกิดผลลัพธ์ปี 2566 ทุกหน่วยงานมีอัตรากำลัง FTE เพียงพอ 100%,และในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน ในกลุ่มการพยาบาลปรับอัตรากำลังให้มีเจ้าหน้าที่คัดกรอง 24 ชั่วโมงโดยพยาบาล/เวชกิจ เพื่อคัดแยกได้ต่อเนื่องและลดข้อร้องเรียน ณ หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในเวลานอกราชการ ปรับเพิ่มอัตรากำลังไปช่วยปฏิบัติงานในวันคลินิก NCD ตามนโยบายของโรงพยาบาลในการปรับระบบบริการผู้ป่วย NCD แบบ one stop service โดยสหวิชาชีพ อัตรานักวิชาชีพที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายวิชาชีพ) 98.96% ,อัตรานักวิชาชีพที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายสนับสนุน ) 93.44% ,อัตรานักวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค HT 97.93 % ,อัตรานักวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค DM 97.93% โอกาสพัฒนา จัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลังในระยะ 3 ปี ในอัตรากำลังกลุ่มสนับสนุน ปี 2567 ได้แก่ เจ้าหน้าที่พัสดุ ,เจ้าหน้าที่ซักฟอก ปี 2568 ได้แก่ ผู้ช่วยทันตแพทย์ , นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาล ในงานเวชศาสตร์ แผนพัฒนาตาม service plan และเข็มมุ่งโรงพยาบาล ได้แก่ แผนการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง NCD เพิ่ม 1 คน ,หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ,การดูแลผู้ป่วย stroke, งานอนามัยแม่และเด็ก,เฉพาะทางทันตกรรม , การดูแลผู้ใหญ่ เป็นต้น</p>
--	--	--	--



21.การสนับสนุนการทำงานและ สวัสดิภาพของบุคลากร [I- 5.1ข]	3	L,I	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมายบุคลากรมีสวัสดิภาพที่ดี รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มี นโยบาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดสวัสดิการต่างๆให้แก่บุคลากร เช่น การเยี่ยมไข้ การทำบุญกรณีเสียชีวิต(ญาติสายตรง พ่อ แม่ บุตร), จัดบ้านพักแก่เจ้าหน้าที่ทุกสายงาน,กรณีเจ็บป่วยนอนห้องพิเศษฟรี ,การลาเลี้ยงบุตร, สนับสนุนให้ได้ค่าตอบแทนล่วงเวลาตรงเวลา, จัดให้มีศูนย์ออกกำลังกาย ส่งเสริมการออกกำลังกาย</li> <li>2.หัวหน้างาน/ฝ่ายวางแผนงบประมาณเสนอจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ จัดสถานที่ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ เช่น คอมพิวเตอร์,Ipad,Smart phone ในงานบริการกลุ่มการพยาบาลและงานที่ติดต่อบุป่วย ,เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ EKG,Monitor vital sign, oxygen pipeline และvacuum ,การทำ Lactate ในผู้ป่วย sepsis, เครื่องตรวจตา ในผู้ป่วย NCD ,ปรับปรุงโครงสร้างอาคารใหม่ ได้แก่ OPD,คลินิกพิเศษ ,ห้องพิเศษ,ห้องแยกโรคและแก้ไขปรับปรุงโครงสร้างอาคารที่ชำรุด เพิ่มระบบเตือนภัย กล้องวงจรปิด ซ่อมแผนอัคคีภัยทุกปี เป็นต้น</li> <li>3.สร้างขวัญกำลังใจการทำงาน เช่น จัดงานวันปีใหม่, เลี้ยงส่ง, ย้าย เกษียณ, ให้รางวัลคนดีศรีแม่ลานประจำปี เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติตามค่านิยมดีเด่น ยกย่องชมเชยในเวทีก่อนงานเลี้ยงปีใหม่ เป็นต้น และมีแผนจัดให้มีมุมพักผ่อน มุมเช็กอิน ผ่อนคลายพร้อมเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ สนับสนุนการศึกษาการทำงานนอกสถานที่ OD เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ</li> <li>4.กำหนดชั่วโมงการทำงานในแต่ละฝ่าย/งาน และปรับยืดหยุ่น เช่น ปรับเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานในวันคลินิกโรคเรื้อรังก่อนเวลาและให้เลิกปฏิบัติงานก่อนเวลา ,การจัดชั่วโมงการทำงานกลุ่มการพยาบาลให้ปฏิบัติงานติดต่อกันไม่เกิน 48 ชั่วโมง/สัปดาห์</li> </ol> <p>ทำให้เกิดผลลัพธ์.ปี 2566 เจ้าหน้าที่ที่มีความสุขในการทำงาน 94.82 %</p>
22.สุขภาพและความปลอดภัยของ บุคลากร [I-5.1 ค]**	3	L,I	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมาย บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัยจากการทำงาน โรงพยาบาลได้มีนโยบาย ดังนี้ ด้านสุขภาพ :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)ตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานและตรวจสุขภาพประจำปีต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.กลุ่มป่วย มีมาตรการส่ง บุคลากรรักษาอาการป่วยตามความเหมาะสม และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง</li> <li>2.กลุ่มเสี่ยง มีการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกายและเปิดชมรมฟุตบอล ,ชมรมวิ่ง,ชมรมการเดินเพื่อสุขภาพ,ชมรมแอโรบิค ให้สมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ส่งเสริมการออกกำลังกายทุกวันพุธ และประเมินสุขภาพ วัดรอบเอว และBMI ทุก 3 เดือน</li> <li>3.กลุ่มสุขภาพดี มีการส่งเสริมการออกกำลังกายทุกวันพุธ มีการตรวจสุขภาพ 1 ครั้ง/ปี</li> </ol> </li> <li>2) มีการยกย่องชื่นชม ให้เป็นบุคลากรที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ</li> </ol>

			<p>3) กำหนดการฉีดวัคซีนประจำปีให้กับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโควิด วัคซีนไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น</p> <p>ด้านความปลอดภัยเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงกับบุคลากร โรงพยาบาลได้จำแนกความเสี่ยงตามบุคลากร มาตรการป้องกัน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.มาตรการความปลอดภัยลดการบาดเจ็บจากการทำงาน คือ       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ตรวจสอบ เทรียมอุปกรณ์ป้องกันให้พร้อมใช้และเพียงพอ</li> <li>1.2 จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องทุ่นแรงให้กับเจ้าหน้าที่ เช่น เตียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ,รถเข็นขนย้าย อุปกรณ์/อุปกรณ์ประเภทผ้าโดยการใช้รถไฟฟ้า ,ชุด/อุปกรณ์ที่เหมาะสมทำงานในแต่ละงาน เป็นต้น</li> <li>1.3 กรณีมีการปรับปรุงสถานที่/ก่อสร้างต่างๆ มีการแจ้ง ประชาสัมพันธ์ และกั้นบริเวณให้เจ้าหน้าที่ทราบ เป็นบริเวณเขตอันตรายกำลังก่อสร้าง เป็นต้น</li> <li>1.4 ประเมิน ติดตาม นิเทศงานโดยหัวหน้างานทุกเดือน</li> </ol> </li> <li>2.มาตรการความปลอดภัยลดการบาดเจ็บจากของมีคม เข็มที่มตำสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการ ทำงาน คือ       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานพื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน,งานห้องคลอด,ผู้ปฏิบัติงานห้องแยกโรค,หน่วยจ่ายกลาง ช่างซ่อมบำรุง ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้อง</li> <li>2.2 การใส่ PPE ในการทำหัตถการต่างๆ โดยมีการตรวจสอบ การ re-checkจากคูเวร ก่อนการทำหัตถการ</li> <li>2.3 กำหนดสวมปลอกเขมด้วยมือเดียว ,สวมอุปกรณ์ป้องกัน face shield ในหัตถการที่มีโอกาสสารคัดหลั่งกระเด็นทุกครั้ง</li> <li>2.4 มีการอบรมการสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อแต่ละสายงาน ,อบรมและทดสอบการล้างมือที่ถูกต้อง</li> <li>2.5 เตรียมสถานที่ทั้งเข็ม และทำลายอุปกรณ์ให้ถูกต้อง เป็นสัดส่วน ตรวจสอบสภาพวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยงานให้มีความพร้อม</li> <li>2.6 มีแนวทางการดูแลหลังได้รับอุบัติเหตุ ตั้งแต่การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การรายงานหัวหน้างาน การให้คำปรึกษา พบแพทย์ เจาะเลือด การรับประทานยาต้านไวรัส และการติดตามอาการต่อเนื่อง 6 เดือน</li> </ol> </li> </ol>
--	--	--	---

			<p>3.นิเทศติดตามโดยหัวหน้างานทุกวันและทีม IC ,ENV ทุกเดือน</p> <p>ทำให้เกิดผลลัพธ์ ปี 2566 เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดี กลุ่มสุขภาพดี 58.06 % กลุ่มเสี่ยง 37.41% กลุ่มป่วย 4.51% , อุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน 0 ครั้ง , ปี 2562-2566 พบอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานด้านโครงสร้าง 4 ครั้ง เนื่องจากมีการต่อเติม ปรับปรุงอาคาร สถานที่ต่างๆเพิ่มขึ้น การประเมินความเสี่ยงเชิงรุกไม่ครอบคลุม พบอุบัติเหตุจากเศษปูนจากการปรับปรุงหลังคาตกลงใส่เจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง , เจ้าหน้าที่เหยียบตะแกรงคู้หน้า 2 ครั้ง , พลัดตกคู้หน้าที่กำลังปรับปรุง 1 ครั้ง ดังนั้น รพ.มีนโยบาย กรณีมีผู้รับเหมามาปรับปรุงสถานที่ ให้แจ้งผู้รับผิดชอบล่วงหน้าและกันพื้นที่/ติดป้ายแสดงเขตพื้นที่กำลังก่อสร้าง เจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานตรวจสอบสถานที่อาคาร อุปกรณ์ต่างๆเพื่อป้องกันความเสี่ยง และมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกทุก 6 เดือน</p> <p>ปี 2562-2566 อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เข็มทิ่มตำ สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการ ทำงาน จำนวน 11 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 1.) ของมีคมและเข็มทิ่มแทง จำนวน 8 ครั้ง 2.) สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จำนวน 3 ครั้ง สาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากสถานการณ์การทำงานที่เร่งรีบ ความประมาทและการไม่สวม PPE เพื่อบรรลุเป้าหมาย บุคลากรมีความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน คณะกรรมการ IC ได้ทบทวนและมีมาตรการดังนี้ 1.) การใส่ PPE ในการทำหัตถการต่างๆ โดยมีการตรวจสอบ การ re-check จากคู่มือ ก่อนการทำหัตถการ 2.) มีแนวทางการดูแลหลังได้รับอุบัติเหตุ ตั้งแต่การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การรายงานหัวหน้างาน การให้คำปรึกษา พบแพทย์ เจาะเลือด การรับประทานยาต้านไวรัส และการติดตามอาการต่อเนื่อง 6 เดือน ตั้งแต่ปี 2562-2566 มีบุคลากรรับยาต้านไวรัส จำนวน 2 ราย การติดตามอาการ บุคลากรทุกรายไม่พบการติดเชื้อ 4)ประกาศนโยบายการปฏิบัติตาม มาตรการด้านความปลอดภัยของบุคลากร การป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน มีการปฐมนิเทศ จนท.ใหม่ มีการอบรมและอบรมฟื้นฟู ความรู้ การปฏิบัติ ด้าน IC ให้ จนท. ทุกปี นิเทศติดตามโดยหัวหน้างานทุกวันและทีม IC ,ENV ทุกเดือน</p>
23.ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร [-5.1ง]	3	L,I	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมาย บุคลากรมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข โรงพยาบาลได้มีนโยบาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี โดยให้มีการประเมินความเครียด ภาวะหมดไฟ ทุกปี หัวหน้างานเสริมพลังก่อนมีภาวะหมดไฟ ได้แก่ ชมเชย ให้รางวัล ให้คำปรึกษา เปิดให้รับฟังเสียงสะท้อน ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานสังเกตพฤติกรรมเพื่อหาทางช่วยเหลือ</li> <li>2.นโยบายให้การดูแลบุคลากรให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>1)กรณีเจ้าหน้าที่มีปัญหาขาดแคลนที่อยู่ จัดให้ที่บ้านพักแก่เจ้าหน้าที่ทุกสายงาน</li> </ol> </li> </ol>

			<p>2)ปัญหาด้านการเงินของเจ้าหน้าที่มีแผนการเอื้อปลูกผักสวนครัวในพื้นที่โรงพยาบาล การจัดตั้งกลุ่มไลน์ขายของเพื่อสุขภาพในเจ้าหน้าที่ เปิดโอกาสการรับจ้างรีดผ้า ทำความสะอาด สนับสนุนการรับจ้างตัดหญ้าให้เจ้าหน้าที่บริเวณบ้านพัก รวมถึงเป็นตัวกลางการชี้แจงการบริหารจัดการด้านการเงินโดยเจ้าหน้าที่ธนาคารออมสิน/เจ้าหน้าที่สหกรณ์ สาธารณสุขประจำจังหวัด เพื่อปรับปรุงภาระหนี้สิน ลดภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มรายได้3.จัดให้มีการลาช่วยเหลือเยียวยาได้</p> <p>3)สนับสนุนการสร้างที่จอดรถให้กับเจ้าหน้าที่บ้านพักและแฟลต</p> <p>ทำให้เกิดผลลัพธ์.ปี 2566 เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน 94.82 %</p>
24.ความผูกพันและวัฒนธรรมองค์กร [[-5.2ก, ข]	3	L,I	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมาย เกิดความผูกพันและมีวัฒนธรรมที่ดีภายในองค์กร โรงพยาบาลได้มีนโยบาย ดังนี้</p> <p>1.ชี้แจงเป้าหมายเดียวกันที่ชัดเจนได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม จุดเน้นโรงพยาบาล มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ โดยการสื่อสารโดยหัวหน้างาน หัวหน้าทีมผ่านทางกลุ่มไลน์ website โรงพยาบาล ผ่านทางกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมเคารพธงชาติหน้าเสาธง ,กิจกรรม OD เป็นต้น และไปสื่อสารพนักงานให้กับผู้ปฏิบัติ</p> <p>สร้างความผูกพันเจ้าหน้าที่โดยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล ได้แก่ 5ส,ทาสี ,เล่นกีฬา,ประกวดมหกรรม CQI เป็นต้น ให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกระดับสร้างความเป็นกันเองสอดแทรกในกิจกรรมกีฬา น้ำชายามเช้า วัฒนธรรมการทักทาย สวัสดิ์ เป็นต้น</p> <p>2.ให้ความสำคัญและให้เจ้าหน้าที่เห็นคุณค่าในตนเอง โดยมอบหมายงานในรูปคณะกรรมการเป็นลายลักษณ์อักษร ให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการประชุมแสดงความคิดเห็น ส่งเสริมสมรรถนะและสร้าง career path หัวหน้างานทุกฝ่าย/ทุกทีมคร่อม/แกนนำ และมีแผนพัฒนาผู้นำต่างได้แก่ พัฒนาสมรรถนะงานบริหาร อบรมผู้บริหารระดับต้น อบรมเฉพาะทางงานคลินิกพิเศษต่างๆ</p> <p>3.สร้างบรรยากาศในการประชุม ให้โอกาสการแสดงความคิดเห็น สนับสนุนกิจกรรม KM ในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ</p> <p>4.ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยง ให้ครอบคลุมโดยเสริมการให้รางวัล การชมเชย หน่วยงานที่รายงานได้ต่อเนื่อง นโยบายการรายงานความเสี่ยงไม่ถือเป็นความผิด ไม่ตำหนิติเตียนกัน</p> <p>4.จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพในเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เลี้ยงรับย้าย ตำแหน่งใหม่ ตำแหน่งสูงขึ้น อวยพรวันเกิดผ่านกลุ่มไลน์</p> <p>ทำให้เกิดผลลัพธ์.อัตราเจ้าหน้าที่มีความผูกพันในกลุ่มวิชาชีพ ปี 2566 81.60% , อัตราเจ้าหน้าที่มีความผูกพันในกลุ่มสนับสนุน ปี 2566 93.10%</p>

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p>25.การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร[1-5.2ค]**</p>	<p>3</p>	<p>L,I</p>	<p>เพื่อบรรลุเป้าหมาย การจัดการผลการปฏิบัติงานที่ดีและส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ โรงพยาบาลได้มีนโยบาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดทำแผน KM ตามยุทธศาสตร์ทุกหน่วยงาน และส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับจังหวัด เขต ประเทศ</li> <li>2.จัดให้มีการRound หน่วยงานทุกแผนก โดยคณะกรรมการบริหาร/ทีม นำ เพื่อรับทราบปัญหา ชี้แนะให้คำแนะนำปรึกษา แนวทางปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด</li> <li>3.ตามรอยหน่วยงานต่อเนื่องโดยทีมตรวจสอบภายในและหัวหน้างาน</li> <li>4.พัฒนาบุคลากรให้ได้มาตรฐาน ได้แก่ จัดเวทีการประกวดผลงานคุณภาพทุกปี และสนับสนุนทุกสายงาน ทุกตำแหน่งส่งผลงาน CQI/นวัตกรรม</li> <li>5.สร้างแรงจูงใจ ชมเชยผู้ได้รับรางวัล ผลงานดีเด่น ในประชุมกรรมการบริหารและสื่อสารในที่สาธารณะ</li> <li>6.สนับสนุนและส่งเสริมวิชาการแต่ละสายงานตามความเหมาะสม       <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 กลุ่มวิชาชีพเฉพาะต้องการได้รับการพัฒนาการเรียนรู้ ประชุมในหน่วยงานภายนอก และความก้าวหน้าในวิชาชีพเพิ่มขึ้น จึงได้จัดทำแผนการเรียนรู้ในระดับจังหวัด ระดับเขต ประเทศทุกปี ชี้แจงจัดสรรตำแหน่งข้าราชการ พนักงานของรัฐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในwebsite สสจ.ปัตตานี ,websiteโรงพยาบาล และกลุ่มไลน์ให้ทันตามเวลาที่กำหนด</li> <li>6.2 กลุ่มสนับสนุนต้องการไปเรียนรู้เพิ่มเติมในงานที่รับผิดชอบ ศึกษาดูงานนอกสถานที่ จึงได้กำหนดแนวทางการเรียนรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถ ช่างซ่อมบำรุง พนักงาน IT เป็นต้น และกำหนดการส่งผลงานการพัฒนาคุณภาพเพื่อเข้าร่วมประชุมวิชาการ รวมถึงแนวทางการศึกษาดูงานนอกสถานที่ โดยมติดจากคณะกรรมการบริหาร</li> </ol> </li> </ol> <p>เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลได้กำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือนในด้านกรปฏิบัติงาน ตัวชี้วัด สมรรถนะ ระเบียบวินัย โดยแบ่งกลุ่มการประเมินในแต่ละระดับ รวมถึงประเมินผลการดำเนินการการบริหารจัดการในหัวหน้าทีม/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน ทุก 6 เดือน</li> <li>2) นิเทศติดตามหน้างานโดยทีมตรวจสอบภายใน ทีมคร่อม หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน</li> <li>3) จัดเวทีนำเสนอผลงาน ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์,ตัวชี้วัดรายโรคทุก 3 เดือน ,ตัวชี้วัดหน่วยงานทุก 6 เดือน,CQI /นวัตกรรม ทุกปี</li> </ol>
--	----------	------------	---

			4)หัวหน้าหน่วยงาน/ฝ่าย พิจารณาการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคลและจัดเก็บข้อมูลทุก 6 เดือน ผลการประเมิน นำมาบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย ทำให้เกิดผลลัพธ์ ปี 2566 อัตราหน่วยงานมีผลงาน CQI/นวัตกรรม 100% , อัตรา รพ.เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ แนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี2566 91.61 %
--	--	--	--

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

● การพัฒนาเจ้าหน้าที่ทุกสายงาน เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองสม่ำเสมอ เช่นโรงพยาบาลแม่ลานใต้อบรมการเรียนรู้ทักษะดิจิทัล ตามนโยบายของจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข ผ่าน 99.24 % , มีทุกหน่วยงานมีผลงาน CQI/นวัตกรรม ส่งระดับจังหวัด เขต ประเทศ ,โรงพยาบาลสนับสนุนสวัสดิการที่ดีให้เจ้าหน้าที่ทำให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน

**iv.ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ชีตความสามารถ ความเพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สวัสดิภาพ สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ ความพึงพอใจ ความผูกพัน เพื่อให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.อัตรากำลัง						
1.1 อัตราอัตรากำลังของกลุ่มวิชาชีพเพียงพอ (FTE)	100%	97.65 (83/85)	97.65 (83/85)	97.65 (83/85)	98.89 (89/90)	100 (96/96)
1.2 อัตราอัตรากำลังของกลุ่มสนับสนุนเพียงพอ (FTE)	100%	96.36 (53/55)	96.36 (53/55)	98.11 (52/53)	98.18 (54/55)	100 (64/64)
2.อัตราเจ้าหน้าที่มีความสุขที่ดี	>80%	42.11 (64/152)	42.11 (64/152)	48.65 (72/148)	NA	58.06 (90/155)
อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง		51.35	50	NA	NA	37.41
อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มป่วย		6.08	7.89	NA	NA	4.51

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
3.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะ						
3.1 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายวิชาชีพ)	>90%	98.82 (84/85)	98.82 (84/85)	98.82 (84/85)	98.89 (89/90)	100 (96/96)
3.2 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะในหน่วยงาน (สายสนับสนุน )	>90%	92.73 (51/55)	92.73 (51/55)	90.57 (48/53)	92.73 (51/55)	98.44 (63/64)
4. อัตราเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค HT	>90%	92.73 (51/55)	91.72 (78/85)	94.11 (80/85)	94.44 (85/90)	100 (96/96)
5.อัตราเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค DM	>90%	91.72 (78/85)	91.72 (78/85)	94.12 (80/85)	94.44 (85/90)	100 (96/96)
6.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความสุขในการทำงาน	>90%	94.33	92.61	94.16	94.96	94.82
7.อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพัน						
7.1อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มวิชาชีพ	>85%	82.29	93.33	95.16	82.97	82.95
7.2 อัตราเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันในกลุ่มสนับสนุน	>85%	92.06	94.91	94.82	92.30	95.31
8.อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค						
8.1 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด	100%	56.77 (88/155)	64.28 (99/154)	58.12 (93/160)	56.71 (93/164)	62.5 (100/160)
8.2 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด	100%	NA	NA	100	100	NA

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
8.3 อัตราเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบ	> 80%	NA	NA	NA	NA	21.74 (25/115)
9.อุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
10.อุบัติการณ์บุคลากรเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน*	0 ครั้ง	1 ครั้ง	6 ครั้ง	3 ครั้ง	0 ครั้ง	5 ครั้ง
10.1อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากของมีคม เข็มทิ่ม ตำ สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการดำเนินงาน	0 ครั้ง	1 ครั้ง	6 ครั้ง	2 ครั้ง	0 ครั้ง	2 ครั้ง
10.2 อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการดำเนินงาน ด้าน โครงสร้าง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	1 ครั้ง	0 ครั้ง	3 ครั้ง



## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

## I-6 การปฏิบัติการ

**ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):**

I-6.1 องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

I-6.2 องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

**i. บริบท**

โรงพยาบาลระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพ ได้แก่ 1. การบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้ครอบคลุม การป้องกัน รักษา ควบคุม ป้องกัน รักษา ประคับประคองฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ 2. ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3. ให้บริการตามข้อกำหนดของวิชาชีพ ตามกฎระเบียบ คณะกรรมการที่ปรึกษา ได้ระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญและออกแบบบริการ โดยในกระบวนการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ โดยมีการจัดระบบคัดกรอง เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเร่งด่วน ติดเชื้อ ผู้ป่วยหนัก 2. การประเมินและวินิจฉัย โดยมีแพทย์เวรประจำกลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มี LAB มีระบบ OUT LAB ,X-RAY ตลอด 24 ชม. 3. การวางแผนการดูแลรักษา และการวางแผนจำหน่าย ร่วมกันในสหวิชาชีพ, การเปิด OPD คู่ขนานในงานแพทย์แผนไทยและกายภาพ 4. การดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มทั่วไป กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเสียงสูง กลุ่มเฉพาะ โดยปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน 5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง 6. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นกลุ่มเป้าหมาย และโรคตามจุดเน้นโรงพยาบาล ได้แก่ โรค HT,DM,STEMI,Stroke ,Sepsis ,Pneumonia ในเด็ก เป็นต้น ได้ออกแบบการจัดทำแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลผู้ป่วยในโรคตามจุดเน้น จัดทำ CPG,CNPG,standing order และมีการจัดเอกสารการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติควบคุม ในระดับหน่วยงาน ทีม องค์กร และเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง 2P Safety มอบหมายให้หัวหน้าพาทำคุณภาพ ขับเคลื่อนมาตรฐาน โดยใช้ 3P,PDSA ทุกหน่วยงาน

ในกระบวนการดูแลกิจการ ได้แก่ เน้นการสร้างนวัตกรรม การจัดเวทีนำเสนอผลงาน CQI ทุกหน่วยงานทุกปี การจัดการความรู้ ส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ การทำ KM ในกลุ่มโรคหรือแนวทางปฏิบัติงานที่เป็นปัญหา, การทบทวน 12 กิจกรรม ทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญ ความเสี่ยงตามมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ เป็นต้น การจัดการสารสนเทศ HAIT และการจัดหาเทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสม ได้แก่ คอมพิวเตอร์ ,ตู้ KIOS ,ระบบการสื่อสารผ่าน APP Line,Google link,Google Form เป็นต้น การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก ได้แก่ การกำจัดขยะติดเชื้อ จ้างเหมาระบบ x-ray digital การบริการอาหารให้ผู้ป่วย ในกระบวนการสนับสนุน ได้แก่ การจัดอาคารสถานที่ ได้แก่ ปรับปรุงเตียงผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะโรค คลินิกพิเศษ ผู้ป่วยใน ห้องพิเศษ รั้วโรงพยาบาล การจัดการห่วงโซ่อุปทาน เช่น การจัดการวัสดุครุภัณฑ์ การทำสัญญา Out LAB การรับเลือดจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นต้น การบริหารจัดการการเงินโดยทีม IS และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ โดยใช้คู่มือ แนวทางปฏิบัติต่างๆ ผ่านทาง website รพ ได้แก่ ระเบียบการปฏิบัติงานของบุคลากร ระเบียบการขอไปราชการ ระเบียบปฏิบัติมาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ เป็นต้น แนวทางปฏิบัติ CPG,CNPG เผยแพร่ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ file และเอกสารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้หัวหน้าหน่วยงาน/ทีมที่เกี่ยวข้อง ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติหน้างานร่วมกับผู้ปฏิบัติ ทุกสัปดาห์ รวมถึงติดตามตัวชี้วัดและปัญหาหน้างานเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการ

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

การจัดการเครือข่ายอุปทาน โรงพยาบาลแม่ลาน มีการจัดการห่วงโซ่อุปทาน ประกอบด้วย การบริการที่องค์กรดำเนินการเอง ได้แก่ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุงานบ้านงานครัว วัสดุสำนักงาน วัสดุคอมพิวเตอร์ น้ำยา LAB เครื่องมือทางทันตกรรม ยา เวชภัณฑ์ไม่ไชยา เป็นต้น การบริการที่องค์กรไม่ได้ดำเนินการเอง ได้แก่ การกำจัดขยะติดเชื้อโดยเทศบาลนครยะลา มารับที่โรงพยาบาล การบริการอาหารให้ผู้ป่วยใน (จ้างผู้รับเหมาภายนอกแต่มาประกอบอาหารในบริเวณโรงอาหารโรงพยาบาล) การเช่าเครื่อง X-RAY (DR), การจ้างล้างถังหอประปา รพ.แม่ลานมีหน่วยจัดซื้อจำนวน 4 หน่วยจัดซื้อได้แก่ กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานบริหารทั่วไป และงานชั้นสูตร การคัดเลือก ใช้เกณฑ์ราคาในการคัดเลือก โดยกำหนดรายละเอียดคุณสมบัติให้ชัดเจน ตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ร.บ.2560 -การส่งมอบต้องมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดการจัดซื้อจัดจ้าง มีคณะกรรมการจัดซื้อร่วม มีคู่แข่ง ไม่น้อยกว่า 3 ร้าน และราคากลาง ตาม TOR กำหนด ในทุกหน่วยจัดซื้อจะมีการจัดทำแผนจัดซื้อเป็นประจำทุกปีและดำเนินการตามแผนจัดซื้อในแต่ละปี พบว่าทุกหน่วยจัดซื้อได้ปฏิบัติตามแผนจัดซื้อที่กำหนดไว้ กรณีที่มีการจัดซื้อนอกแผน จะต้องมีการปรับแผนจัดซื้อทุกครั้งตามรายไตรมาสที่มีการจัดซื้อนอกแผนจัดซื้อ ในการจัดซื้อมีการจัดทำทะเบียนผู้ขายที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น สถานที่ผลิตมีมาตรฐาน GMP ผลิตภัณฑ์มีมาตรฐานกำกับตามแต่ละวิชาชีพ เช่น มีทะเบียนยา มีทะเบียนเครื่องมือแพทย์ มีเครื่องหมาย มอก. มีใบรับรองการจดทะเบียนจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น ในขั้นตอนการสั่งซื้อมีการระบุกำหนดคุณลักษณะเวชภัณฑ์ที่สั่งซื้อ มีการระบุกำหนดวันส่งมอบที่ชัดเจน และมีการตรวจรับพัสดุตามคุณลักษณะที่มีการกำหนดไว้ในกระบวนการรับพัสดุ มีการตรวจสอบสินค้าให้ตรงรายการที่สั่งซื้อและถ่ายรูปเพื่อเป็นหลักฐาน กรณีไม่ตรงรายการ/ไม่ครบมีการโทรประสานทันทีเพื่อมีการส่งคืนหรือรอวัสดุให้ครบตามรายการที่สั่งเพื่อให้ได้พัสดุที่ได้มาตรฐาน ในกรณีที่เป็นการตรวจรับงานที่ต้องใช้ความชำนาญเป็นพิเศษและไม่มีบุคลากรกลุ่มนั้นในหน่วยงาน ก็จะขอสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภายนอก เช่น การตรวจรับระบบโซลาร์เซลล์ การตรวจรับงานติดตั้งระบบไหลเวียนอากาศในห้องฟัน การปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย นอกจากนี้จะมีการตรวจสอบระบบการควบคุมอุณหภูมิในการจัดส่งยาเย็น มีการบันทึกข้อมูลผู้จัดส่งเพื่อความสะดวกในการติดตามกรณีพัสดุมีปัญหาในกระบวนการจัดส่ง ในการดำเนินการที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์อุณหภูมิอยู่นอกช่วงมาตรฐานที่กำหนดไว้ และพบว่ามีจำนวน 1 บริษัทที่มีการส่งมอบพัสดุไม่ตรงกับที่สั่งซื้อ (ราคาสูงกว่าที่กำหนด) ได้ดำเนินการประสานเพื่อแก้ไขราคาและได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติให้ภูิเสขรับยาในกรณีที่คุณลักษณะและราคาไม่เป็นที่ไปตามใบสั่งซื้อ และปรับเปลี่ยนไปสั่งซื้อจากบริษัทอื่นที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว

ทางโรงพยาบาลแม่ลานได้จ้าง out-source สำหรับการจัดบริการอาหารให้กับผู้ป่วย โดยมีการกำหนดเมนูอาหารให้ผู้รับจ้างจัดทำตามเมนูที่กำหนด (เมนูที่เหมาะสมกับผู้ป่วย) และมีการตรวจสอบอาหารในทุกมื้อที่มีการส่งมอบ พบว่าสามารถส่งมอบอาหารได้ทันเวลาและเมนูถูกต้องตามที่ได้ระบุไว้

ทางห้องปฏิบัติการมีการจัดทำเกณฑ์คุณภาพในการคัดเลือกหน้ายาตรวจวิเคราะห์ / วัสดุอ้างอิง / วัสดุอุปกรณ์ โดยคำนึงถึงคุณภาพเป็นหลัก เช่น รายงานการทดสอบ ผลงานวิจัยและ/หรือ เอกสารทางวิชาการและ/หรือมีใบรับรองมาตรฐานสินค้า ( Certificate ) รวมทั้ง พิจารณาถึง ความไว ความจำเพาะ ความถูกต้อง และชัดเจนของแต่ละการทดสอบ พิจารณาถึงบริษัทผู้ผลิตผ่านการรับรองคุณภาพ พิจารณาถึงความยากง่ายและความสะดวกของการทดสอบ พิจารณาถึงราคา จำนวน/กล่อง พิจารณาถึงบริการหลังการขาย และการขนส่งสินค้าถึงลูกค้าเพื่อให้ได้หน้ายา และวัสดุทางการแพทย์อย่างถูกต้องรวมทั้ง ได้กำหนดให้มีการประเมินผู้ขายปีละ 1 ครั้ง

การจัดการนวัตกรรม ทีมศูนย์คุณภาพได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำ CQI วิธีการเขียนผลงาน จัดเวทีนำเสนอผลงาน CQI ทุกหน่วยงานทุกปี ทั้งในกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสนับสนุน โดยให้พัฒนา CQI จากงานประจำ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมประกวดมหกรรมคุณภาพระดับจังหวัด และส่งผลงานเข้าร่วมในงานวิชาการ HA Forum ทุกปี และเสริมพลังและขวัญกำลังใจโดยมีการมอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมนำเสนอหรือผ่านการคัดเลือก รวมถึงได้รางวัล ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

การจัดการด้านการเรียนการสอน โรงพยาบาลได้รับนักศึกษาฝึกงานจากสถานศึกษามัธยมศึกษาจากจังหวัด เรียนรู้ประสบการณ์การทำงานของระบบโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการตัดสินใจศึกษาต่อ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะยา นักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรยะลา กลุ่มนักศึกษาผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มนักเรียนช่างโรงเรียนเทคนิค มาฝึกประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ วิทยาลัยชุมชนมาฝึกการพยาบาลเบื้องต้นและงานชุมชน รวมถึงคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โดยโรงพยาบาลมีทีมครูพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยง มีการวางแผนการปฐมนิเทศ ชี้แจงแผนการฝึกและวางแผนร่วมกับอาจารย์จากสถาบัน จัดระบบกำกับติดตาม ระบบให้คำปรึกษา โดยทีมพี่เลี้ยง

**ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ** คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกำหนดให้มีการจัดทำ Data audit เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของสิทธิการรักษา และจัดระบบติดตามการจัดเก็บรายได้ให้มีประสิทธิภาพ กำหนดเกณฑ์การส่งตรวจ Out LAB ,RDU ,ออกแบบระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อการรักษาโรคและรายหัตถการ การพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ ได้มีการอำนวยความสะดวกในการบันทึกคำวินิจฉัย (diagnosis text ) โดยการจัดทำระบบการให้คำวินิจฉัยอัตโนมัติเมื่อเลือกรหัสวินิจฉัย (ICD-10 )

**การจัดการระบบสารสนเทศ**

โรงพยาบาลแม่ลานมีการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ( medical record ) เป็นแบบ OPD paperless โดยการใช้โปรแกรม HOSxP ที่มีการกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้งานของเจ้าหน้าที่แต่ละคน โดยผู้ดูแลระบบ เจ้าหน้าที่แต่ละคนจะมี username/password เป็นรายบุคคล แต่ละคนมีสิทธิเข้าถึงข้อมูลตามระดับของวิชาชีพและการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย OSCC หรือผู้ป่วยคดี จะมีเก็บเวชระเบียนเป็นเอกสาร และจัดเก็บในตู้เก็บเฉพาะ กำหนดผู้ที่สามารถเข้าถึงเอกสารได้อย่างชัดเจน ส่วนผู้ป่วยเอดส์จะอนุญาตให้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถเข้าดูประวัติการรักษาได้ ผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิ์จะสามารถดูได้เฉพาะประวัติการรักษาโรคทั่วไปเท่านั้น เนื่องจากการใช้ OPD paperless จึงมีการ scan เอกสารที่ไม่สามารถจัดทำเป็นระบบบันทึกทางโปรแกรมได้โดยตรง เช่น ใบภาพการตรวจ ผล EKG ใบตอบกลับ refer เก็บไว้ในโปรแกรม HOSxP เพื่อความสะดวกในการดูผลย้อนหลังและป้องกันเอกสารสูญหาย ส่วนฟิล์มเอกซเรย์จะจัดเก็บโดยระบบ PACS ซึ่งเป็นระบบออนไลน์และสามารถเชื่อมต่อกับ รพ.ปัตตานี(รพ.แม่ข่าย) เพื่อส่งฟิล์มเอกซเรย์ออนไลน์ได้ นอกจากนี้ได้มีการปรับปรุงห้อง server ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานโดยการกันห้องเป็นสัดส่วน มีระบบป้องกันการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก มีการสำรองข้อมูลเป็นประจำทุกวันศุกร์ และมีแผนปรับเป็นมีการสำรองข้อมูลเป็นประจำทุกวันโดยมีเป้าหมายให้มีการสำรองข้อมูลที่ใกล้เคียงกับฐานข้อมูลที่ใช้งานให้มากที่สุด (มีการเปลี่ยน server ใหม่ที่มีสมรรถนะสูงในปี 2566 และกำหนดให้มีการปรับปรุง server ทุก 10 ปี) มีระบบ Firewall ที่มีการปรับปรุงระบบทุก 3 ปี เพื่อป้องกันการถูกโจมตีโดย Hacker มีระบบสำรองไฟฟ้ากรณีไฟฟ้ามดับหรือขัดข้อง เพื่อให้ระบบ LAN สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ในรอบปี 2564-2566 ไม่พบระบบ LAN ล่มจนไม่สามารถกู้คืนได้ภายใน 60 นาที และไม่พบการถูกโจมตีโดย hacker แต่พบว่ามีการสูญหายของชุดข้อมูลจำนวน 1 ครั้ง โดยได้รับการรายงานจากผู้ใช้งาน สามารถกู้คืนข้อมูลที่สูญหายได้ครบถ้วน สาเหตุเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการสำรองข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ และเพื่อเป็นการพัฒนาระบบ Telemed ทางโรงพยาบาลแม่ลานได้ดำเนินการติดตั้งห้อง telemed เป็นการเฉพาะ ผู้ที่จะสามารถเข้าใช้โปรแกรมได้จะต้องมี username/password เฉพาะตัว และในกระบวนการ telemed ก็จะมีเฉพาะผู้เกี่ยวข้องเท่านั้นที่เข้าร่วมได้ (เช่นเดียวกับการตรวจผู้ป่วยปกติ) และเพื่อช่วยป้องกันการระบุตัวผู้ป่วยผิด ได้มีการกำหนดให้ห้องบัตรดึงภาพจากบัตรประชาชนของผู้ป่วยมาใช้เป็นภาพผู้ป่วยในระบบ HOSxP โดยอัตโนมัติ และได้ตั้งระบบเตือนกรณีผู้ป่วยมีชื่อซ้ำกัน โดยให้ระบุคำว่า”(ซ้ำ)” หลังชื่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ให้บริการเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ

**การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน** โรงพยาบาลได้กำหนดให้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงในสภาพแวดล้อมโดยทีม ENV และทีมการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 สงขลา นำมาวางแผนเชิงป้องกัน และติดตามทุก 3-6 เดือน ในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้กำหนดการเปิดศูนย์ EOC เพื่อเตรียมรับมือภัยพิบัติและภัยฉุกเฉิน ได้แก่ การระบาดของโรคโควิด ,น้ำท่วม ,โรคไข้เลือดออก เป็นต้น มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่และซ้อมอัคคีภัยทุกปี

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<p>ปัญหาและความเสี่ยง การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานตอบสนองข้อกำหนดด้านต่างๆ ไม่ครอบคลุม การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและการปรับปรุง เช่น การให้ความ          เชิงป้องกัน พฤติกรรมความเชื่อของประชาชน การสื่อสารแนวทางปฏิบัติ การนำCPG มาใช้ การจัดระบบการบริหารจัดการหน่วยงาน การรายงานความเสี่ยงและการแก้ไข การตรวจสอบกำกับงาน          รวมถึงการติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ไม่ต่อเนื่อง</p> <p>การจัดการเครือข่ายอุปทาน ได้แก่ การปฏิบัติงานของผู้รับเหมาก่อสร้าง ความรู้และความเข้าใจของผู้ตรวจรับผลิตภัณฑ์ การทำสัญญาไม่ครอบคลุมทุกประเภทของผลิตภัณฑ์ได้แก่ เครื่องมือ          ชั้นสูง ขาดความต่อเนื่องในการรับรองคุณภาพ QA ของห้องตรวจทางปฏิบัติการเนื่องจากสถานการณ์โควิด</p> <p>การพัฒนานวัตกรรม /CQI ด้านคลินิกยังมีน้อย การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อค้นหาแนวทางพัฒนายังไม่ครอบคลุม การเผยแพร่ผลงานยังไม่ต่อเนื่องทั่วถึง          การควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ เช่น การส่งตรวจ OUT Lab ,การใช้ยา RDU          ระบบการออกเหตุของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ยังไม่ชัดเจน</p>			
<p>ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน</p>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
<p>26.การออกแบบบริการและ          กระบวนการทำงาน การนำ          กระบวนการสู่การปฏิบัติและ          ปรับปรุงกระบวนการทำงาน          ประสิทธิภาพและประสิทธิผล          [I-6.1ก ข, I-6.2ก]**</p>	2.5	L,I	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการการออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน โดยมีเป้าหมาย ส่งมอบคุณค่าแก่          ผู้ป่วย องค์กรประสบความสำเร็จ ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1.กำหนดข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ          ได้แก่ 1. การบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมายครอบคลุม การป้องกัน รักษา          ปรึกษา ประคับประคองฟื้นฟูสุขภาพ และการเสริมสุขภาพ 2.ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ตอบสนองความ          ต้องการของผู้ป่วย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3.ให้บริการตามข้อกำหนดของวิชาชีพ ตามกฎระเบียบ 2.กำหนด          นโยบายให้ใช้ 3P,PDSA ในการออกแบบกระบวนการทำงานทุกหน่วยงานทีม 3.ระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญและ          ออกแบบบริการ ในกระบวนการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ 1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ โดยมีการจัดระบบคัดกรอง          เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเร่งด่วน ติดเชื้อ ผู้ป่วยหนัก 2.การประเมินและวินิจฉัย โดย มีแพทย์เวรประจำกลุ่มงาน          อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มี มีระบบ OUT LAB ,X-RAY ตลอด 24 ชม. 3.การวางแผนการดูแลรักษา และการวางแผน          จำหน่าย ร่วมกันในสหวิชาชีพ, การเปิด OPD คู่ขนานในงานแพทย์แผนไทยและกายภาพ 4. การดูแลรักษาผู้ป่วย          กลุ่มทั่วไป กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเฉพาะ โดยปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐาน 5.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง          เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง 6. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง</p> <p>4.นำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านทางคู่มือ,CPG,CNPG ,Website รพ.และมอบหมายให้หัวหน้าชี้นำ แนะนำ          แนวทางปฏิบัติกระบวนการที่สำคัญ 5.ติดตามผลงานจากการนิเทศตรวจเยี่ยม 6.ติดตามผลตัวชี้วัดในกระบวนการ</p>

		<p>ที่สำคัญทุก 6 เดือน ผล ทำให้เกิดการออกแบบกระบวนการที่ตอบสนองต่อข้อกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย 24 ชม.,แนวทางประเมินและวินิจฉัยโรค stroke,sepsis,การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย HT,DM โดยทีมสหวิชาชีพ,CPG โรคที่สำคัญและโรคเสี่ยงสูง เช่น โรค HT,DM,ACS,Stroke,sepsis,pneumonia ,Head injury,PPH เป็นต้น กระบวนการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคที่กำหนด เช่น ผู้ป่วย DM re-admit , Palliative Care , Stroke ADL น้อยกว่า 75, COPD readmit ,กระบวนการให้ข้อมูลและเสริมพลังโดย MI , รวมถึงการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่องในชุมชน กระบวนการเยี่ยมบ้าน ระบบนัด กระบวนการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ เป็นต้น และทีมได้ปรับกระบวนการสนับสนุนและดูแลกิจการ เช่น การจัดการข้อมูลสำคัญผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ , จัดหาเครื่องมือทางการแพทย์และคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย เช่น เครื่อง monitor สัญญาณชีพ,เตี๋ยงคลอดไฟฟ้า,เครื่อง x-ray portable ,เครื่องตรวจ Lactate ในผู้ป่วย sepsis,เครื่องตรวจตา ในผู้ป่วย NCD ,จัดโครงสร้างอาคารใหม่ ได้แก่ ห้องแยกโรค แผนจัดสร้างห้องทำแผลแยกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ,กระบวนการ KM ทุกหน่วยงาน,กระบวนการจัดสร้างนวัตกรรม เช่น automatic notify line ยาและเวชภัณฑ์หมดอายุ,กระบวนการติดตามผล out LAB ให้รวดเร็ว ทันเวลา, ตารางนัดหมาย by notion งานทันตกรรม,ระบบเปิดปิดไฟอัตโนมัติ ผ่าน smart phone,mobile วัคซีนตามวัยลูกกรัก, ส่วนการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ขอร้องเรียน ข้อเสนอแนะผู้รับบริการ ต้องการให้โรงพยาบาลบริการได้รวดเร็ว ได้มาตรฐาน มีพฤติกรรมบริการที่ดี จึงได้ออกแบบ ปรับระบบคัดกรอง 24 ชม.,เพิ่มบุคลากรที่จุดคัดกรองปรับขั้นตอนการเข้ารับบริการผู้ป่วยคลินิก HT,DM ตั้งแต่จุดคัดกรอง ถึงจำหน่าย โดยกำหนดการรับบริการเป็นเวลา เพิ่มบุคลากรในหน้าที่แอ็ดิต เช่น จุดห้องบัตร ชักประวัติ ให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม โดยทีมสหสาขา ส่งผลให้ อัตราการคัดแยกถูกต้องเพิ่มขึ้น อัตราผู้ป่วย STEMI,Stroke ได้รับการประเมินทันที 98% ระยะเวลารอคอยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษาที่ OPD ลดลง ไม่เกิน 90 นาที ,อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ สำหรับผู้ป่วย DM ควบคุมโรคยังไม่ได้ตามเกณฑ์ ได้ปรับส่งเสริมพฤติกรรมโดยนโยบายสาธารณสุขในชุมชน กระบวนการให้คำปรึกษาแบบ MI รายบุคคล,อัตราการวินิจฉัยโรค sepsis ถูกต้อง 90%,อัตราความครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ 100%,อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม 99.16% เป็นต้น</p> <p>ได้กำหนดแนวทางที่พึงประสงค์ในพฤติกรรมบริการ กล่าวทักทาย ยิ้มแย้มทักทายผู้รับบริการ ตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน กำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน และมีการนิเทศตรวจเยี่ยมหน่วยงานประจำสัปดาห์ ทำให้อัตราเจ้าหน้าที่ มาปฏิบัติงานตรงเวลา ร้อยละ 93.8 จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการลดลง</p>
--	--	--

			เพื่อควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ จึงได้ออกแบบการสั่งซื้อ LAB ร่วมกันกับองค์กรแพทย์ การสั่งซื้อยาสมเหตุสมผล RDU ร่วมกับองค์กรเภสัชและองค์กรแพทย์ สนับสนุนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อการรักษาโรคและรายหัตถการ ทำให้ผลลัพธ์ อัตราการส่งตรวจวินิจฉัย Out LAB ลดลง ในปี 2565,2566 =78.67% 46.75% ,อัตราการใช้จ่ายยา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลใน 4 กลุ่มโรค ผ่าน 3 กลุ่ม ได้แก่ URI ,แผลสด,แผลฝีเย็บ ส่วนโรค Diarrhea ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จึงร่วมทบทวนกับองค์กรแพทย์ พยาบาลที่ตรวจแทนแพทย์นอกเวลาราชการ
27.การจัดการเครือข่ายอุปทาน [I-6.1ค]	3	L,I	เพื่อปรับปรุงการจัดการเครือข่ายอุปทานให้มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมาย ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย องค์กรประสบความสำเร็จ โรงพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.จัดทำข้อกำหนดร่วมกัน เกี่ยวกับ การประกันหลังการขาย การซ่อม การประกันระยะเวลาการบำรุงรักษาเครื่องมือ 2.มอบหมายผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบครุภัณฑ์/โครงสร้างอาคารให้เหมาะสม 3.ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบตรวจสอบเกี่ยวกับประเด็นการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ 4.กำหนดเกณฑ์ระยะเวลาตรวจสอบระหว่างก่อสร้างโครงสร้างอาคารให้ชัดเจน 5. การทำสัญญาให้ชัดเจนของเครื่อง LAB 6. ติดตามการประเมิน QA เพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของห้องตรวจทางปฏิบัติการโดยคณะกรรมการบริหาร 7.การพัฒนาระบบแจ้งเตือนวันหมดอายุยาออนไลน์โดยใช้ระบบ Line notify เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่มีการสำรองยา/เวชภัณฑ์ได้รับทราบและดำเนินการตรวจสอบเพื่อป้องกันการให้ยาที่หมดอายุแก่ผู้ป่วย ผลการดำเนินงาน อัตราการสำรองเวชภัณฑ์เกิน 3 เดือน ในวัสดุทันตกรรม และพัสดุ เนื่องจากปี 2564-2565 ในงานทันตกรรมอยู่ในช่วงสถานการณ์โควิด ไม่ได้เปิดบริการผู้ป่วย สำหรับงานพัสดุ เนื่องจาก มีความต้องการของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นและต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้น ในปี 2566 ได้เพิ่มกระบวนการ 1.จัดทำ Flow Chart ขั้นตอนการจัดการด้านการจัดซื้อ-จัดจ้าง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ โดยมีการดำเนินการจัดทำในทุกหน่วยจัดซื้อ เพื่อให้กรอบระยะเวลาในการดำเนินงานไม่เกิน 90 วัน 2.การนำโปรแกรมการบริหารคลังเวชภัณฑ์มาปรับใช้ในทุกหน่วยจัดซื้อเพื่อให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการด้านการบริหารเวชภัณฑ์ได้ดียิ่งขึ้น สามารถลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการตรวจสอบวันหมดอายุของเวชภัณฑ์ได้อย่างรวดเร็วจากโปรแกรมโดยตรง ผลการดำเนินงาน มีการชี้แจงผู้รับเหมาก่อสร้างให้แก่ไปตามแบบแปลนในระหว่างก่อสร้างได้ทันที ยกเลิกผู้รับเหมาก่อสร้างหรือจ้างมอบผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน , ไม่พบอุบัติการณ์การพบยาที่หมดอายุในจุดให้บริการในหน่วยงาน การขอรับรองมาตรฐาน LAB อยู่ระหว่างการลงเยี่ยมรับรอง , ยังพบอัตราขาดคราว งานจัดซื้อได้มีการปรับอัตราสำรองยาโรคเรื้อรังให้มีปริมาณสูงขึ้น โดยปรับปริมาณการสั่งซื้อเป็นสั่งซื้อเพื่อใช้เพียงพอสำหรับการใช้ 4 เดือน และปรับกระบวนการติดตามการจัดส่งยา รวมทั้งการประสานการเยี่ยมจาก รพ.ใกล้เคียง (กำลังดำเนินการ)

			กำหนดแผนในการติดตั้งโปรแกรม D-Stock ในปีงบประมาณ 2567 เพื่อใช้ในควบคุมปริมาณยาที่เบิกจากคลังตรงกับปริมาณใช้จริงกับผู้ป่วยในระบบ HOSxP จะส่งผลให้สามารถควบคุมปริมาณการใช้ยาได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลที่คงเหลือจริงก่อนเสนองบประมาณครั้งต่อไป จัดระบบ stock ย่อยที่เป็นปัจจุบันทุกหน่วยงาน
28.การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]	3.5	I	เพื่อปรับกระบวนการจัดการนวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย องค์กรประสบความสำเร็จ ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1.นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรมได้แก่ ทันตแพทย์จบเฉพาะทางที่หลากหลาย นำมาหารายได้เชิงรุก ขยายระยะเวลาการบริการ เปิดคลินิกนอกเวลา ,โอกาสจากนโยบายระดับ ได้แก่ HAIT,EMS (Environment Modernization and Smart Service ) นำมาปรับแนวทางการดึงข้อมูลจากโปรแกรม ,ระบบนัด,IPD Paperless, การจัดแยกโซนห้องใหม่ ได้แก่ ห้องแยกโรค คลินิกเฉพาะโรค เป็นต้น 2.จัดเวทีนำเสนอผลงาน นวัตกรรมทุกหน่วยงานทุกปี และติดตามผลจากการใช้นวัตกรรม ทุก 6 เดือน 3.เสริมพลัง เชิดชูเกียรติผลงานนวัตกรรมผ่านทาง website ,กลุ่มไลน์ และมอบเกียรติบัตรในกรรมการบริหาร 4.สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการพัฒนานวัตกรรม ผลลัพธ์ อัตราทุกหน่วยงานมีผลงานนวัตกรรม ปี 2564=93.75% 2565=100%, 2566 100 % ด้านคลินิก 45% ด้าน non clinic 55% โอกาสพัฒนาเสริมพลังการให้รางวัลในการประกวดผลงานนวัตกรรม และพัฒนา CQI /นวัตกรรม ด้านคลินิกให้เพิ่มขึ้น
29.การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล [I-6.1จ]	3	L,I	เพื่อบรรลุเป้าหมายการบริหารจัดการและกำกับดูแลด้านการเรียนการสอนทางคลินิก เป้าหมาย เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน รพ.ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.มีแผนการฝึกอบรมร่วมกันกับอาจารย์แต่ละสถาบัน 2.กำหนดครูพี่เลี้ยงในคลินิกต่าง ๆ ที่มาฝึกอบรม 3.บริหารจัดการครูพี่เลี้ยงให้เหมาะสมกับนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม และได้พัฒนาหลักสูตรครูพี่เลี้ยงในแต่ละหน่วยงาน 4. กำหนดการปฐมนิเทศในกฎระเบียบ และระบบคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาล เช่น มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย ,การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ,การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การรักษาความลับผู้ป่วย เป็นต้น 5. ประเมินผลการฝึกอบรมทางคลินิกและร่วม conference กับนักศึกษา ผลการดำเนินงาน พบ ข้อร้องเรียนความไม่พึงพอใจของญาติผู้รับบริการ 1 ครั้ง ในเวลานอกราชการ ประเด็นให้นักศึกษาฝึกงานมาให้การดูแลผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้สื่อสารและอธิบายให้ชัดเจน จึงได้กำหนดนโยบายให้แจ้งผู้รับบริการทุกครั้งก่อนให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยและมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ที่ควบคุมกำกับทุกเวร โอกาสพัฒนา ให้นักศึกษาเข้าร่วมเรียนรู้ความเสี่ยง และความปลอดภัย เช่น เข้าร่วมทบทวน case สำคัญ ,case ความเสี่ยง เป็นต้น

30.การจัดการระบบสารสนเทศ [I-6.2ข]**	3.5	L,I	<p>เพื่อปรับปรุงความน่าเชื่อถือของระบบสารสนเทศ เป้าหมาย ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทีมได้ดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.พัฒนาระบบสำรองข้อมูล โดยการกำหนดให้มีการปรับปรุง server ทุก 10 ปี เพื่อให้มีสมรรถนะสูงขึ้น สามารถรองรับการสำรองข้อมูลที่มีความใกล้เคียงกับฐานข้อมูลใช้งานให้มากที่สุด โดยมีการปรับเปลี่ยน server ล่าสุดในเดือนสิงหาคม 2566</li> <li>2.ทบทวนกระบวนการในการสำรองข้อมูล เพื่อป้องกันการสำรองข้อมูลผิดพลาดอันนำไปสู่การสูญหายของข้อมูลได้ โดยได้ดำเนินการเมื่อมีนาคม 2566</li> <li>3.ปรับปรุงระบบ Firewall ทุก 3 ปี เพื่อป้องกันการโจมตีโดย hacker</li> <li>4. กำหนดแนวทางการใช้คอมพิวเตอร์และเครื่องมือสื่อสารของทางโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการทุกโจมตีโดย hacker และการฝ่าฝืน พรบ.คอมพิวเตอร์ 2560 รวมถึงกำหนดนโยบายการใช้งานกลุ่ม Line-group ของโรงพยาบาลแม่ลานด้วย</li> </ol> <p>มีความเสี่ยง โปรแกรม Hosxp ไม่พร้อมใช้งานในเวรนอกราชการ เนื่องจากหน่วยงานเปิดเครื่องทิ้งไว้ 24 ชม. ทำให้มี ip ค้างใน router ส่งผลให้เครื่องเข้าโปรแกรมไม่ได้ /เครื่องค้าง แนวทางแก้ไข มาตรการการปิดเครื่องคอมพิวเตอร์ ระยะเวลาพักเครื่อง ระบบการแก้ไขระบบสารสนเทศในเวรนอกราชการ</p>
31.ความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ค]**	2.5	L,I	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน โรงพยาบาลได้ดำเนินการ ดังนี้ 1.นโยบายประเมินความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ ภายนอกภาพ ระบบประปา ระบบไฟฟ้า ไฟสำรอง ระบบเรียกฉุกเฉิน ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ เป็นต้น ทุกปี โดยทีม ENV ,เครื่องมือและงานบริหาร 2.ทบทวนแผนรองรับฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูภัยพิบัติ เช่น จากสถานการณ์การระบาด สถานการณ์ความไม่สงบ สถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ 3.ฝึกซ้อมหน่วยงานและชี้แจงแนวทางการรับรองภาวะฉุกเฉินต่างๆทุกปี ผลการดำเนินงาน ในปี 2562-2565 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์โควิด-19 ได้บูรณาการการซักซ้อมแผนร่วมกับภาคอำเภอ 3 เดือนครั้ง ในปี 2563 จากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 1 ครั้ง ซึ่ง เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ เนื่องจากได้รับคำสั่งจากศูนย์สั่งการ แต่ไม่ได้ประสานทีมอำเภอในการออกเหตุสถานการณ์ยังไม่ปลอดภัย จึงได้ทบทวนเหตุการณ์และทบทวนแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความปลอดภัยสูงสุด ในการซักซ้อมแผนในปี 2566 จึงได้ดำเนินการวางแผนการซักซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ภายใต้โรงพยาบาลแม่ลานเป็นเจ้าภาพ และการซักซ้อมแผน</p>



			ภาคอำเภอเป็นภารกิจรอง รวมทั้งซ่อมแผนการเคลื่อนย้ายการเตรียมรองรับภาวะฉุกเฉินหน้างานในหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ การช่วยเคลื่อนย้าย การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น เป็นต้น โอกาสพัฒนาปรับแนวทางการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ซ่อมแผนสถานการณ์และสื่อสารผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศในทุกหน่วยงาน และส้อมการใช้แผนทุก 3 เดือน หมุนเวียนตามหน่วยงาน
--	--	--	---

### iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การบริหารจัดการจัดทำนวัตกรรม/CQI ทุกหน่วยงานในกลุ่มวิชาชีพและสนับสนุน ทุกปีและติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน
- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ITA 98.8%

**iv. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มีได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

**เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิภาพของระบบความปลอดภัยขององค์กร, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้ห้องศัลยกรรมประสบความสำเร็จ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนอุบัติเหตุการคัดแยกคลาตเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด	0	37	29	23	30	26
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที	100%	33.33	66.66	83.33	83.33	81.20
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที	100%	40.62	29.41	29.41	30	33.33
จำนวนอุบัติเหตุการวินิจฉัยคลาตเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	NA	NA	NA	2	3
อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม.	100%	NA	NA	70.83% ( 17/24 )	86.36% ( 19/22 )	90% ( 27/30 )

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราการรายงานผลคำวิฤตถูกต้องทันเวลา	ร้อยละ 100	100	100	99.85	100	99.95 (2317/2318)
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง	0 ราย	10	5	12	10	19
อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI	น้อยกว่า 2 %	0 (0/3)	33.33 ( 2/5)	0 (0/ 12)	0 (0 / 6)	15.38 (2/13)
อัตราการเกิด respiratory failure pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี	ร้อยละ 0	1.09 3/274	1.17 2/171	0 0/127	2.74 2/73	2.04 2/98
อัตราผู้ป่วย HT ควบคุมโรคได้	≥ 60%	37.84	40.38	60.16	56.19	60.37
อัตราผู้ป่วย DM ควบคุมโรคได้	≥40%	11.33	21.77	17.62	24.36	17.93
อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม	100%	NA	NA	99.32	96.65	99.85
ระยะเวลารอดอยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD	90 นาที	NA	NA	92	90	88
อัตราการใช้จ่ายยา Antibiotic อย่างสมเหตุสมผลใน 4 กลุ่มโรค						
- URI	≤ 20%	20.09	14.52	12.62	7.84	14.02
- Acute diarrhea	≤20	29.80	25.42	18.28	22.30	20.60
- แผลสด	≤40%	55.99	41.88	23.18	31.34	11.74
- แผลฝีเย็บ	≤10%	11.96	5.88	13.04	14.01	6.50
อัตราการส่งตรวจวินิจฉัย Out LAB	<10%	Na	Na	Na	78.67%	46.75%

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

Date: 17/05/2565

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราทุกหน่วยงานมีผลงานนวัตกรรม/CQI	100%	94.1	100	93.75	100	100
อัตราการสำรองเวชภัณฑ์	< 3 เดือน	2.12	3.02	3.88	3.48	2.42
- ยา/เวชภัณฑ์		1.92	2.34	1.73	2.00	2.13
- ทันตกรรม		3.06	5.85	8.44	6.13	3.18
- LAB		2.05	1.97	1.79	1.21	1.42
- พัสดุ		2.28	1.93	3.54	4.59	2.96
Information system down time	< 60 นาที	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้การให้บริการทางโปรแกรม Hosxp	ลดลง	5	3	10	12	8
อัตราการจัดแผนอุบัติเหตุหมู่ทุกปี	100%	100	100	100	100	100
อัตราการจัดแผนอัคคีภัยทุกปี	100%	100	100	100	100	100
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ITA	>92	95	94.8	100	82.61	98.18