

I-1 การนำ

<p><b>i. ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]</p> <p><b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อทางการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน</p>							
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
1. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาล	0	1	2	4	4	5	3
2. ค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	≥0.43	0.45	0.39	0.43	0.43	0.47	0.43
3. ร้อยละความสำเร็จของการเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์	100%	89.18	99.51	99.66	82.34	89.5	99.94
4. ระดับวิกฤติทางการเงินการคลัง	<ระดับ 7	NA	NA	NA	7	4	6
5. โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการ (Re-Hospital Accreditation)	ผ่าน	NA	NA	NA	ผ่าน	ผ่าน	รอผล
6. อัตราความพึงพอใจต่อการนำองค์กร	≥50	NA	NA	NA	NA	46.26	58.60
<p><b>ii. บริบท</b> โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 5 แห่ง และ PCU 1 แห่ง ดูแลประชากรจำนวน 5 ตำบล มีหลังคาเรือนจำนวน 1,356 หลังคาเรือน ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 25,294 คน เป็นเพศชาย จำนวน 12,827 คน เพศหญิง จำนวน 12,467 คน (ข้อมูลจากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2561)</p> <p>มีโครงสร้างการบริหารแบ่งเป็น 7 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานองค์กรแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โดยการบริหารงานคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล/ทีมนำ มีคณะกรรมการเป็นหัวหน้ากลุ่มงานต่างๆ และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน มีบุคลากรทั้งหมด 148 คน</p> <p><b>วิสัยทัศน์:</b> โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p><b>พันธกิจ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพครอบคลุมการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการแพทย์ทางเลือก</li> <li>2. พัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพ</li> <li>3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน</li> </ol> <p><b>คำนิยาม:</b> S : Service mind/staff จิตสำนึกการให้บริการที่ดีและการให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่                  K : Knowledge management การเปิดใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้                  H : Holistic/Humanized health care เอาใจเขามาใส่ใจเราทั้งผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน</p>							

**ระบบกำกับดูแลองค์กร:**

ผู้นำ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม มีการส่งมอบภารกิจตามภารกิจของกลุ่มงานโดยรายละเอียดจะมีการพิจารณาในรูปของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการที่หรือทีมงานต่าง ๆ

การเชื่อมโยง ภาพรวมภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารมีการกลั่นกรองประเด็นสำคัญตามแผนยุทธศาสตร์ นโยบาย วิสัยทัศน์

ประเด็นสำคัญที่ผู้อำนวยการให้ความสำคัญกำกับติดตามได้แก่แผนการเงิน-การคลัง (Plan Fin), แผนพัฒนาองค์กรตาม Service Plan, แผนพัฒนาคุณภาพและความเสี่ยง (HA&RM), แผนพัฒนาบุคลากร (HR Planning&Stratgy) โดยมอบให้ทีมยุทธศาสตร์ คณะกรรมการบุคลากร, ศูนย์คุณภาพ ดำเนินงานและรายงานผลงานต่อเนื่องในการประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน

**iii. กระบวนการ****I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจรรยาบรรณ:****(1) ผู้นำชี้แจงองค์กร:**

- การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร:
  1. จัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวง เขต โรงพยาบาลและตามบริบทของโรงพยาบาล
  2. สร้างกระบวนการสื่อสารให้บุคลากรรับรู้และปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์โดยเสนอแผนในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารและสื่อสารให้ทั่วองค์กรในการประชุมชี้แจงแผน แก่เจ้าหน้าที่
  3. สร้างกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร เช่น ต้นไม้คุณภาพรับฟังความคิดเห็น จัดประชาคม หรือช่องทางกล่องรับฟังความคิดเห็นเพื่อนำมาปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ สอดแทรกการพัฒนาคุณภาพยุทธศาสตร์ ค่านิยมในกิจกรรมอื่นๆ ของโรงพยาบาล
  4. เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนหรือกิจกรรมในชุมชน มีการสอนธรรมทุกเดือนที่ชั้น 6 ตึกอเนกาลัย โดยพระอาจารย์สุทธิฐานโสภณ หรือหลวงพ่ोजันมี ฯลฯ
  5. ทีมนำและทีมพัฒนาคุณภาพส่งเสริมและติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโดยลงเยี่ยมหน่วยงาน (Internal survey) เนื่องจากโรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (30 เตียง) ทำให้บุคลากรรับผิดชอบหลายทีมการเปลี่ยนแปลงโดยศูนย์คุณภาพมีการจัดทำแผนประจำวัน/เดือน/ปี เพื่อให้ทีมได้มีการสื่อสารแนวทางการพัฒนาคุณภาพและไม่เป็นภาระเพิ่มจากงานประจำโดยกำหนดให้ทีม PCT วันอังคารและพฤหัสบดี , ทีม RM ทุกวันศุกร์, ทีม NSO ทุกวันพุธ, ทีม ENV ทุกวันพุธ, ทีม IC อังคารที่ 2 และ 4, ทีม IM อังคารที่ 1 และ 3, ทีม HRD จันทร์ที่ 1 และ 3, ทีม PTC จันทร์ที่ 2 และ 4 ฯลฯ
  6. สร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานโดยทีมนำมีการพบปะพูดคุย ลงเยี่ยมหน่วยงาน หรืออวยพรวันเกิด จัดกิจกรรมกีฬา ปีใหม่ทุกปี
- ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:
  1. โรงพยาบาลมีการกำหนดอัตลักษณ์องค์กร “ตรงต่อเวลา ร่วมแรงร่วมใจ รับผิดชอบต่อหน้าที่” มีการสแกนเข้า-ออกการทำงาน มีการพูดคุยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อพัฒนางานและให้ขวัญกำลังใจ
  2. โรงพยาบาลมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพและปฏิบัติตามแนวทางมีการวัดและประเมินผล การพัฒนางาน ทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2560
  3. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน ITA ในปี 2561 ด้วยคะแนน 94.6

**(2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจรรยาบรรณ:**

1. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน ITA ในปี 2561 ด้วยคะแนน 94.6
2. โรงพยาบาลมีการกำหนดให้มีการปฏิบัติธรรม/เปิดโอกาสให้ร่วมทำบุญตักบาตรทุกเดือนในวันอาทิตย์แรกของเดือนโดยปฏิบัติธรรมชั้น 6 ตึกอเนกาลัย โดยหลวงพ่ोजันมี และพระสุทธิฐานโสภณ

I-1.1 ข. การสื่อสาร(1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:

- กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ):
  1. ทีมนำมีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงแนວนโยบายและคินข้อมูลในการประชุมเจ้าหน้าที่ทุกเดือนเพื่อให้ทราบแนวทางและรับรู้การพัฒนาคุณภาพ
  2. มีการจัดมหกรรม Walk Rally ให้เจ้าหน้าที่ที่องค์กรมีโอกาสได้ร่วมเสนอความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจในการพัฒนางานและในหน่วยงานมีการพูดคุยก่อนทำงาน 15 นาทีทุกวัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในงานและร่วมแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนในงานที่ทำ
  3. มีการจัดกิจกรรมปีใหม่ กีฬา รดน้ำดำหัว และให้รางวัลเมื่อเจ้าหน้าที่ดำเนินงานได้ผลดี
- กับผู้รับบริการ:
  1. มีการจัดประชุมประชาคมร่วมกับคณะกรรมการ DHB (District Health Board) ให้ประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน
  2. มีการจัดช่องทางให้ประชาชนหรือผู้รับบริการได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเช่นกล่องรับความคิดเห็น ไลน์ FB
  3. เปิดโอกาสให้ประชาชนได้ร่วมทำบุญโรงพยาบาลในเทศกาลต่างๆ และเจ้าหน้าที่ร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ปีใหม่ สงกรานต์รดน้ำดำหัว กลืน ผ้าป่า งานศพ งานแต่งงาน ฯลฯ

I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร(1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:

- การบรรลุพันธกิจ:
  1. สร้างกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร เช่น ต้นไม้คุณภาพรับฟังความคิดเห็น จัดประชาคม หรือช่องทางกล่องรับฟังความคิดเห็นเพื่อนำมาปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ สอดแทรกการพัฒนาคุณภาพยุทธศาสตร์ ค่านิยมในกิจกรรมอื่นๆ ของโรงพยาบาล
  2. เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนหรือกิจกรรมในชุมชน มีการสอนธรรมทุกเดือนที่ชั้น 6 ตึกกอนาโย โดยพระอาจารย์สุทธิฐานโสภณ หรือหลวงพ่ोजันมี ฯลฯ
  3. ทีมนำและทีมพัฒนาคุณภาพส่งเสริมและติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโดยลงเยี่ยมหน่วยงาน (Internal survey) เนื่องจากโรงพยาบาลสังขมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (30 เตียง) ทำให้บุคลากรรับผิดชอบหลายทีมการเปลี่ยนแปลงโดยศูนย์คุณภาพมีการจัดทำแผนประจำวัน/เดือน/ปี เพื่อให้ทีมได้มีการสื่อสารแนวคิดการพัฒนาคุณภาพและไม่เป็นภาระเพิ่มจากงานประจำ โดยกำหนดให้ทีม PCT วันอังคารและพฤหัสบดี, ทีม RM ทุกวันศุกร์, ทีม NSO ทุกวันพุธ, ทีม ENV ทุกวันพุธ, ทีม IC อังคารที่ 2 และ 4, ทีม IM อังคารที่ 1 และ 3, ทีม HRD จันทร์ที่ 1 และ 3, ทีม PTC จันทร์ที่ 2 และ 4 ฯลฯ
  4. สร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานโดยทีมนำมีการพบปะพูดคุย ลงเยี่ยมหน่วยงาน หรืออวยพรวันเกิด จัดกิจกรรมกีฬา ปีใหม่ทุกปี
  5. มีกระบวนการดูแลต่อเนื่องโดยการจัดตั้งศูนย์ COC และขยายเครือข่ายลงสู่ชุมชน มีการสร้าง Care giver, อสค. ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- การให้บริการแพทย์แผนไทยแบบ OPD คู่ขนาน
 

มีการจัดบริการแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและมีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย และแพทย์พื้นบ้าน โดยมีการให้บริการ OPD คู่ขนานทำให้ผู้ป่วยง่ายต่อการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยทำให้สามารถลดเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มทางเลือกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย เปิดให้บริการทุกวัน จันทร์ – ศุกร์

## รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

จัดบริการคลินิกยาไทย (ยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย) มีการจัดบริการจ่ายยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ปัจจุบันมีรายการยาสมุนไพรทั้งสิ้น 133 รายการ ให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาให้หายขาดได้ หรือโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย เช่น โรคสะกดจิตเงิน โรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น การดำเนินงานที่ผ่านมา ปี 2558 ถึงปัจจุบัน

การให้บริการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยใน มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วย โดย 5 กลุ่มอาการ/โรคหลัก ที่บูรณาการการรักษาผู้ป่วยใน ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาผู้ป่วย กลุ่มโรค/อาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ มารดาหลังคลอดและทารก กลุ่มโรค/อาการทางผิวหนัง กลุ่มโรค/อาการทางระบบไหลเวียน ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ฯลฯ

การให้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน ให้บริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ดำเนินงานร่วมกับทีม COC ด้วยการนำหลักการ นวด ประคบสมุนไพร พอกยาสมุนไพร หัตถการอื่นๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทย การจ่ายยาสมุนไพร รวมไปถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์แผนไทยให้การดูแล คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องอาการปวด อาการชา ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้สูงอายุ มารดาหลังคลอด ฯลฯ

เครือข่ายในชุมชน กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เน้นการพึ่งพาตนเอง ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง สร้างอาชีพ สร้างรายได้ให้กับชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยได้รับความร่วมมือจากภาคเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ดังนี้ โรงพยาบาลสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี ธาราคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) สาขาสังคม สำนักงานเกษตรจังหวัดหนองคาย สำนักงานเกษตรอำเภอสังคม โรงพยาบาลโพธิ์ชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง ประชาชนกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอสังคมหมอพื้นบ้าน บ้านภูเขาทอง ต.บ้านม่วง อ.สังคม ประชาชนบ้านภูเขาทอง ต.บ้านม่วง อ.สังคม

- การเป็นองค์กรที่คล่องตัว:

ทีมนำ/คณะกรรมการบริหารประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงาน 7 กลุ่มงาน ทำให้การตัดสินใจเกิดความคล่องตัวและมีการสื่อสารผ่านคณะกรรมการบริหารเพื่อนำไปสื่อสารต่อในหน่วยงาน/กลุ่มงานที่รับผิดชอบเกิดการพัฒนาที่รวดเร็วและคล่องตัว

- การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย:

ทีมนำร่วมมือกับทีมระบบเพื่อกำหนด PSG มีการพัฒนาระบบให้มีการรายงานตามกระบวนการมีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ กำหนดให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และมีการวิเคราะห์ความรุนแรง ลำดับการแก้ไขปัญหาตามความเร่งด่วนและวางแนวทางแก้ไข ติดตามประเมินผล พบว่ามีการรายงานความเสี่ยงต่อเนื่อง จนเกิดการพัฒนาและเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย

- การเรียนรู้:

มีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ก่อนทำงาน และหลังทำงาน 15 นาที และนำเสนอในเวทีมหกรรม R2R/CQI มีการเผยแพร่ใน Web โรงพยาบาลเพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

- การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม:

ทีมนำร่วมกับทีม HRD ทีมวิชาการและนวัตกรรมมีการจัดกระบวนการพัฒนางานโดยกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นพี่เลี้ยง (Facilitator) และมีการกระตุ้นให้มีบรรยากาศในการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมโดยมีการจัดมหกรรม R2R&CQI ในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้งมีการมอบเกียรติบัตร ให้รางวัล ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยในปี 2561 ได้มีการจัดมหกรรมในวันที่ 18 มกราคม 2561 มี CQI จำนวน 20 เรื่อง R2R จำนวน 8 เรื่อง นวัตกรรม 2 เรื่อง วิจัย 1 เรื่อง

- การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ:
  1. เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เสนอปัญหาและแสดงความคิดเห็นการให้บริการหลากหลายช่องทาง เช่น กล้องรับความคิดเห็น ไลน์ ประชาคม หรือการสอบถามขณะรับบริการ
  2. ให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนในกิจกรรมโรงพยาบาล เช่น ผ้าป่า บริจาคสร้างตึก และเจ้าหน้าที่ร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน

#### (2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action):

1. โรงพยาบาลมีการกำหนดอัตลักษณ์องค์กร “ตรงต่อเวลา ร่วมแรงร่วมใจ รับผิดชอบต่อหน้าที่” มีการสแกนเข้า-ออกการทำงาน มีการพูดคุยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อพัฒนางานและให้ขวัญกำลังใจ
2. โรงพยาบาลมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพและปฏิบัติตามแนวทางมีการวัดและประเมินผล การพัฒนางานทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2560
3. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน ITA ในปี 2561 ด้วยคะแนน 94.6
4. กำหนดเข็มมุ่งในการสร้างวัฒนธรรมเป็น 2P safety คือ Patient Safety, Personal Safety

#### I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร

##### (1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:

- การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:
  1. การปรับปรุงระบบกำกับดูแล ตรวจสอบและควบคุมภายใน
    - 1.1. ระบบการตรวจสอบและควบคุมกำกับแผนยุทธศาสตร์ตามตัวชี้วัด
 

องค์กรมีการแบ่งกลุ่มงานในโครงสร้างการบริหารเพิ่มขึ้น คือ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ มีผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ ครอบคลุมกระบวนการก่อนจัดทำแผน จัดทำแผน ติดตามประเมินผล เพื่อให้กระบวนการโปร่งใส ส่งมอบผลลัพธ์งานในคณะกรรมการบริหารทราบทุกเดือน มีระบบการตรวจสอบร่วมกับพรส. เพื่อให้งานโปร่งใส ตรวจสอบได้
    - 1.2. การปรับปรุงระบบกำกับดูแล ตรวจสอบและควบคุมการเงินการคลัง
 

โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีการติดตามความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการทุกเดือน
    - 1.3. การปรับปรุงระบบกำกับดูแล ตรวจสอบและควบคุมด้านบุคลากร
 

มีการแบ่งคณะกรรมการ HRD เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกับคณะกรรมการบริหาร โดยแบ่งมิติการพัฒนาเป็นด้านอัตราค่าจ้าง การพัฒนาสมรรถนะหลัก ตามแผนงานยุทธศาสตร์ มีการจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร มีการสนับสนุนให้เกิดพลังการพัฒนาคุณภาพ สร้างขวัญ กำลังใจ เช่นการจัดงานปีใหม่ จัดแข่งขันกีฬาภายในและภายนอกร่วมกับอำเภอ สสจ. จัดงานสงกรานต์รดน้ำดำหัว
    - 1.4. การปรับปรุงระบบกำกับดูแล ตรวจสอบและควบคุมความเสี่ยง
 

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง กำหนดศูนย์คุณภาพเป็นศูนย์กลางรับความเสี่ยง เพื่อสร้างความเชื่อมโยงการพัฒนาสู่ทีมต่างๆ เช่น ทีม PCT, PTC, IC, ENV, HRD, NSO, MSO, HPH, IM เพื่อทบทวน แก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

##### (2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:

การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน

##### (3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:

- ทีมนำมีการกำหนดแผนนโยบายที่ชัดเจนและมีการสื่อสารในที่ประชุมเจ้าหน้าที่ให้ได้รับรู้ทั่วทั้งองค์กรมีเขินมุ่งในการพัฒนา คือ 2P Safety มี patient Safety และ Personal Safety มีการกำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโดยมีการกำหนดให้ทุกหน่วยงานอยู่ในทีมระบบต่างตามงานหลักที่ได้มอบหมาย ทีมระบบประกอบด้วย ทีมนำ/ทีมบริหาร ทีม PCT, IC, PTC, ENV, HPH, NSO, MSO, RM, HRD, QIC ฯลฯ
- มีกระบวนการทบทวนตาม 12 กิจกรรมทบทวน เพื่อหาความคาดเคลื่อนในงานและวางแผน กำหนดแนวทางการ

ทำงาน มีการประเมินผลงานและพัฒนาต่อเนื่องให้บรรลุให้สำเร็จ

### 1-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

#### (1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:

- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ:
  1. หากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกระทำผิดระเบียบข้อบังคับทางกฎหมายโรงพยาบาลจะมีการพิจารณาตามลำดับขั้นตอนควรรุนแรงของข้อกฎหมายดังนี้
    - 1.1. การจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุสำนักนายกรัฐมนตรี จากการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องการละเมิดการปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับ
    - 1.2. การตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เป็นไปตาม พรบ.วิชาชีพ
    - 1.3. มีการติดตามการเบิกจ่ายเงินที่รัดกุมและชัดเจน โดยมีแนวทางในการเบิกจ่าย วิธีการเบิกจ่ายอย่างรัดกุมและมีคณะกรรมการรับผิดชอบ
    - 1.4. การต่อเติมอาคารและการก่อสร้างตึกจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับจากวิศวกรก่อนการดำเนินงานทุกครั้ง และการตรวจรับจะมีขั้นตอนและวิธีการที่ถูกต้องตามกฎหมาย
- การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ:
  1. ระดับสูงมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและผลกระทบต่อสังคมจากการบริการหรือการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ด้านการจัดการขยะ การบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยออกสู่ชุมชน ได้มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานการควบคุมคุณภาพน้ำประจำวันเพื่อให้ระบบมีความเสถียร และดูแลง่ายและประเด็นสำคัญเพื่อให้ น้ำเสียที่ปล่อยออกไปมีคุณภาพและปลอดภัยเพียงพอต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชนที่ผ่านมา บางครั้งผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านตามเกณฑ์โดยเฉพาะค่า BOD ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุ และทบทวนระบบการดูแลใหม่ รวมทั้งส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมความรู้ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสมัครเข้าร่วมโครงการการพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
  2. การกำจัดขยะติดเชื้อ ซึ่งทางโรงพยาบาลมอบหมายให้ทีมนำด้าน ENV และทีมนำ IC กำกับดูแลเรื่องการแยกขยะ และการกำจัดขยะติดเชื้อ โดยจ้างเหมาบริษัทภายนอก และมีการควบคุมการคัดแยกขยะ การขนย้ายและการกำจัดขยะของบริษัทอย่างเข้มงวด และมีการติดตามผลหลังจากบริษัทรับไปกำจัด ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม
  3. เรื่องโรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำ ทางโรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติทั้งการควบคุมการระบาดในชุมชน และในโรงพยาบาลรวมทั้งการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามแนวชายแดน เพื่อป้องกันการระบาดของโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เป็นจุดผ่อนปรน
  4. การจัดทำเส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และจัดทำห้องแยกโรคในการตรวจโรคทางเดินหายใจ ห้องแยกโรคผู้ป่วยวัณโรค และมีการซ้อมแผนการควบคุมการระบาดโดยชุมชนมีส่วนร่วม รวมทั้งให้ความรู้กับชุมชนด้วย ทำให้ชุมชนมีความรู้และความเข้าใจในการดำเนินงานของโรงพยาบาล การบริการวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงปัจจุบันวัคซีนที่สามารถให้ได้ครอบคลุม คือ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ และวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่
- การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:
 

จากผลการดำเนินงานได้กำหนดแนวทางและมาตรการด้านการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อมโดย

  1. มีการคัดแยกขยะอันตรายและจัดเก็บในบ่อฝังกลบ
  2. ลดการใช้กระดาษในโรงพยาบาล
  3. มีมาตรการการลดการใช้พลังงานในองค์กร
  4. กำหนดนโยบายการใช้น้ำยามาซื้อและสารเคมีในโรงพยาบาล
  5. การควบคุมกำกับผลการตรวจคุณภาพน้ำเสียก่อนปล่อยออกสู่ชุมชน

**(2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:**

- สร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในการบริหารงานครอบคลุมทั้งในด้านบริการและด้านบริหาร โดยเฉพาะด้านบุคลากรได้เปิดช่องทางการเข้าถึงเพื่อเสนอปัญหาและข้อคิดเห็นทั้งทางตรงและทางอ้อมมีการกำหนดจริยธรรมในการทำงานขององค์กรพยาบาลองค์กรแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคน
- คณะกรรมการบริหารได้วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในเรื่องจริยธรรม กำหนดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ กำหนดมาตรการในการควบคุม กำกับดูแลด้านจริยธรรมและในการกำหนดหัวข้อในการปฐมนิเทศมีการกำหนดเรื่องระเบียบปฏิบัติและจริยธรรมขององค์กรในการอยู่ร่วมกันของบุคลากรและการปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย 9 ประการ รวมทั้งระเบียบวินัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทุกระดับ
- ทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วย PCT กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในประเด็นที่อาจเสี่ยงต่อจริยธรรม เช่น การยุติการฟื้นคืนชีพ การดูแลรักษาความลับผู้ป่วยที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
- การบันทึกเวชระเบียนและการรักษาความลับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยถูกล่วงละเมิดทางเพศ กำหนดแนวทางการปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรมเหล่านี้และสื่อสารให้บุคลากรได้รับทราบและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
- ผู้บริหารระดับสูงมีระบบการจัดการข้อร้องเรียนสามารถตอบกลับข้อร้องเรียนภายใน 15 วันได้ 100% ในปี 2556 - 2561 ตามกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนโดยผ่านคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและศูนย์คุณภาพวางระบบการติดตามและตรวจสอบภายใน โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลเพื่อให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งจริยธรรมและมีธรรมาภิบาล
- ผู้ป่วยระยะท้ายมีการเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลก่อน - หลังตามศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

**(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:**

- ผู้บริหารระดับสูงมีระบบการจัดการข้อร้องเรียนสามารถตอบกลับข้อร้องเรียนภายใน 15 วันได้ 100% ในปี 2556 - 2561 ตามกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนโดยผ่านคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและศูนย์คุณภาพวางระบบการติดตามและตรวจสอบภายใน โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล

**1-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม****(1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):**

1. ระดับสูงมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและผลกระทบต่อสังคมจากการบริการหรือการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ด้านการจัดการขยะ การบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยออกสู่ชุมชน ได้มีการควบคุม กำกับดูแลการดำเนินงานการควบคุมคุณภาพน้ำประจำวันเพื่อให้ระบบมีความเสถียร และดูแลง่ายและประเด็นสำคัญ เพื่อให้ น้ำเสียที่ปล่อยออกไปมีคุณภาพและปลอดภัยเพียงพอต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชนที่ผ่านมาบางครั้งผลการตรวจคุณภาพน้ำยังไม่ผ่านตามเกณฑ์โดยเฉพาะค่า BOD ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุ และทบทวนระบบการดูแลใหม่ รวมทั้งส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมความรู้ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. การกำจัดขยะติดเชื้อ ซึ่งทางโรงพยาบาลมอบหมายให้ทีมนำด้าน ENV และทีมนำ IC กำกับดูแลเรื่องการแยกขยะ และการกำจัดขยะติดเชื้อโดยจ้างเหมาบริษัทภายนอก และมีการควบคุมการคัดแยกขยะ การขนย้าย และการกำจัดขยะของบริษัทอย่างเข้มงวด และมีการติดตามผลหลังจากบริษัทรับไปกำจัดทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม
3. มีการร่วมตรวจสอบให้เป็นตลาดปลอดสารพิษในชุมชน
4. สนับสนุนให้ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพโดยมีกิจกรรมแข่งขันจักรยานทุกปีในเดือนธันวาคม รายได้หลังจากหักค่าใช้จ่ายมอบให้หลวงพ่อดินมีจิตซื้ออุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์กีฬา

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

ให้โรงเรียนต่างๆ ทำให้ชุมชนภาคภูมิใจและได้สุขในการทำบุญทำกุศล

**iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

- โรงพยาบาลมีการร่วมแรงร่วมใจร่วมกับชุมชนนำโดยหลวงพ่ोजันมีและพระครูสุทธิญาณโสภณ ในการก่อสร้างตึกอเนกโย (ตึก 6 ชั้น) สร้างสิ้นในปีงบประมาณ 2561 พร้อมเปิดตึกในวันที่ 2 ตุลาคม 2561 ภายในตึกประกอบด้วยหน่วย ER, หน่วย IPD และหน่วยไตเทียม โดยชั้น 5 เป็นห้องพิเศษพระสงฆ์ ชั้น 6 เป็นศาลาปฏิบัติธรรม
- โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพและผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ในวันที่ 27 มิถุนายน 2560
- โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีโอกาสได้รับความเมตตาจากหลวงพ่ोजันมีและพระครูสุทธิญาณโสภณ และความร่วมแรงร่วมใจของเจ้าหน้าที่ ชุมชน เครือข่ายนอกอำเภอสังขม ทำให้โรงพยาบาลสังคมมีการเปิดหน่วยไตเทียมในปี 2562 สำเร็จ มีแพทย์ ที่ปรึกษาจาก รพร.ท่าบ่อ และ รพท.หนองคาย
- พัฒนาผสมผสานงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันและได้รับให้ก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทย

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
1. การชี้แจงองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	3.5	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่งเสริมวัฒนธรรมการบริหารและการเรียนรู้การมีส่วนร่วม การพัฒนาคุณภาพที่มีระบบต่างๆ</li> <li>● ส่งเสริมวัฒนธรรมการบริหารและการเรียนรู้การมีส่วนร่วม การพัฒนาคุณภาพที่มีระบบต่างๆ</li> </ul>
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ	3	I	-
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา	3	I	ติดตามและสนับสนุนการพัฒนากิจการด้านวัฒนธรรม เรื่องความปลอดภัย 2P Safety
4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ	4	I	พัฒนาผู้นำระดับต่างๆ เรียนรู้การนำผลงานมาปรับปรุงระบบงาน
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก	4	I	-
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ และการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม	4	I	-



I-2 กลยุทธ์

<p><b>i. ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]  <b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ</p>							
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>	<b>2560</b>	<b>2561</b>	<b>2562</b> (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
ร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	≥85%	80	81.4	85.18	90.24	81.82	รอผล
<p><b>ii. บริบท</b></p> <p>โรงพยาบาลสังคม เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีประชากรทั้งหมด 25,294 คน อยู่ระหว่างการยกระดับเป็นโรงพยาบาล 60 เตียง ในปี 2563 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีที่สุดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี มีการบูรณาการแผนงานโครงการร่วมกับภาคีเครือข่าย ที่ตอบสนองต่อนโยบายระดับกระทรวง เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัด อำเภอ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ของโรงพยาบาล มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกด้าน แต่ยังมีตัวชี้วัดบางตัวที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นความท้าทายขององค์กรในการวางแผนพัฒนากลยุทธ์ ในแต่ละปี</p> <p><b>ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ:</b></p> <p>ทีมนำโรงพยาบาลสังคม และภาคีเครือข่าย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และชุมชน พบปัญหา 5 กลุ่มโรค ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มโรคแม่และเด็ก คือ PPH, BA และ Pre-term</li> <li>2. กลุ่มโรค FAST Track คือ STROKE, STEMI, HI</li> <li>3. กลุ่มโรค NCDs คือ HT, DM, COPD</li> <li>4. กลุ่มโรค CKD</li> <li>5. กลุ่มโรค Paliative care</li> </ol> <p><b>โอกาสเชิงกลยุทธ์:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพให้เกิดความต่อเนื่อง</li> <li>2. พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพและการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ใช้ให้เกิดประโยชน์</li> <li>3. การพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุมทุกสาขา ตาม Sevice Plan</li> </ol> <p><b>ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ตามภารกิจและจุดเน้นของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน</li> <li>2. การพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องและสนับสนุนการพัฒนาระบบคุณภาพขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>3. การพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกสาขา ตาม Sevice Plan</li> <li>4. การบริหารงานที่มีคุณภาพ ภายใต้ข้อจำกัดทางการเงิน</li> <li>5. การพัฒนาระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>6. การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภค และระบบสนับสนุนทางการแพทย์ ให้เพียงพอ พร้อมใช้ และปลอดภัย ที่เอื้อต่อการยกระดับสถานพยาบาลขนาด 60 เตียง</li> <li>7. การพัฒนาระบบบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าประสงค์ขององค์กร</li> </ol>							

**ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:**

1. ผู้บริหารมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ชัดเจน
2. มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร
3. มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ที่เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ
4. ผู้บริหาร หัวหน้างาน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการร่วมคิด “ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามและประเมินผล”
5. บูรณาการการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพร่วมกับงานประจำ
6. บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งนำมาสู่การวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาที่สำคัญของพื้นที่

**สมรรถนะหลักขององค์กร:**

1. มีพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง ดังนี้
  - สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 คน
  - สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 6 คน
  - สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน
  - สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
  - สาขาการพยาบาลยาเสพติด จำนวน 1 คน
  - สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care (4 สัปดาห์) จำนวน 1 คน

**ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:**

1. มีโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ
2. ความร่วมมือของบุคลากร และภาคีเครือข่ายในการ “ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามและประเมินผล” ในการดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่
3. ความร่วมมือด้านการบริการทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น ระบบ Refer, สูตินารีแพทย์จาก รพ.ท่าบ่อมาให้บริการตรวจครรภ์คลินิกฝากครรภ์ (ANC) โรงพยาบาลสังคมเดือนละ 2 ครั้ง

**iii. กระบวนการ****I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:**

โรงพยาบาลสังคมมีการทบทวนและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทุกปี ด้วยการระดมสมองจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และผู้รับผิดชอบงานตามภารกิจของหน่วยงาน รวมทั้งทบทวน และกำหนดแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร

**I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:****(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:**

- ศึกษา วิเคราะห์ นโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภารกิจขององค์กร
- วิเคราะห์ SWOT (จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดหรืออุปสรรค)
- วิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศจากฐานข้อมูล Hospital data base และข้อมูล Community data base เช่น สถิติการป่วย สถิติการตาย โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์ขององค์กร
- วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง
- ทบทวนวิสัยทัศน์ (เป็นอะไร)
- ทบทวนพันธกิจ (ทำอะไร)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่  
รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

- ทบทวนความท้าทายขององค์กร
  - กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ (มุ่งเน้นอะไร)
  - กำหนดเป้าประสงค์ (ได้อะไร)
  - กำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์)
  - ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ โดยการจัดทำคำสั่งมอบหมายผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด และสื่อสารผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสังคม
  - เขียนแผนกลยุทธ์ที่นำไปสู่การปฏิบัติ
  - กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสังคม 3 เดือนครั้ง
- (2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:
- วิเคราะห์ SWOT (จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดหรืออุปสรรค)
  - วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง
  - ทบทวนความท้าทายขององค์กร
  - กำหนดแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับความท้าทายและตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์
  - จัดทำแผนสนับสนุนให้หน่วยงานนำผลการดำเนินงาน พัฒนาเป็นผลงานวิชาการ (วิจัย, R2R, นวัตกรรม, CQI) เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- (3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:
- วิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศจากฐานข้อมูล Hospital data base และข้อมูล Community data base เช่น สถิติการป่วย สถิติการตาย โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ
  - วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง
  - ทบทวนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และอำเภอสังขม
  - กำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์)
- (4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:
- วิเคราะห์ SWOT (จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัดหรืออุปสรรค)
  - ทบทวนนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และภารกิจขององค์กร
  - จัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสมกับพันธกิจ/ทรัพยากร/ภารกิจขององค์กร ตาม Service Plan
- (5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ตัวเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:
- ไม่มี
- I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- (1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:
- โรงพยาบาลสังคม มุ่งเน้น 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้
1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานเกิดความปลอดภัย
 

วัตถุประสงค์

    - ประชาชนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
    - เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
  2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
 

วัตถุประสงค์

    - เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลสังคมให้บรรลุประสิทธิภาพตามแผนยุทธศาสตร์

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

- พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ
  - เพื่อให้เกิดเสถียรภาพทางการเงินการคลัง มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส
  - เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้
3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 มุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ  
วัตถุประสงค์
- เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอและมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับภาระงาน เป็นคนดี และมีความสุขในการทำงาน
4. ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประชาชนมีความเชื่อมั่นและพึ่งตนเองทางสุขภาพได้  
วัตถุประสงค์
- บูรณาการสร้างเสริมสุขภาพกับภาคีเครือข่าย

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
พัฒนาคุณภาพบริการ	- เพิ่มคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์ - พัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ □	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	1. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในโรงพยาบาล (0 ราย) 2. อัตราแม่ตาย (ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ) (0) 3. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุ ≤28 วัน (ต่อพันคนการเกิดมีชีพ) (<4) 4. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล (RDU) (ขั้นที่ 3) 5. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (per 1000 bedday) (<0.05) 6. ค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (0.43) 7. อัตราการเกิด Birth Asphyxia (per 1,000 LB) (≤ 25) 8. อัตราการเกิด Postpartum Hemorrhage ในมารดา ระยะหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง (≤ 5%) 9. อุบัติการณ์การเกิด Eclamsia ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม PIH ที่ได้รับการคัดกรอง และดูแลตามมาตรฐาน (0) 10. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (≤7) 11. อัตราผู้ป่วย STROKE ใหม่ในผู้ป่วย DM, HT (<3%) 12. อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (<27 ต่อแสนประชากร) 13. อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค Sepsis (<30%) 14. อัตราผู้ป่วย severe Hi ได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อภายใน 1 ชม. (>90%) 15. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7) (≥40%)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

## รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
พัฒนาคุณภาพบริการ	- เพิ่มคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์ - พัฒนาคูณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ <input type="checkbox"/>	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	16. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (<5%) 17. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP 140/90 mmhg.) (≥50%) 18. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (<5%) 19. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD (ผู้ป่วย COPD อายุ ≥40 ปีขึ้นไป) (≤130 ครั้งต่อ 100 ในผู้ป่วย COPD) 20. ร้อยละผู้ป่วย Palliative care เข้าถึงบริการและได้รับการจัดการการรบกวน (80%)
พัฒนาคุณภาพบริการตามแนวทางมาตรฐาน HA <input type="checkbox"/>	- เผื่อระงับค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก - ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขตาม SIMPLE	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	21. อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงซ้ำด้วยสาเหตุเดิมระดับ E ขึ้นไป (0 ครั้ง) 22. ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้รับบริการที่ดำเนินการแล้วเสร็จและยุติเรื่องภายใน 30 วัน (100%) 23. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตาม Patient Safety Goals (≥80%) 24. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตาม Personnel Safety Goals (≥80%) 25. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (19%) 26. ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก (≥32%) 27. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (<6.3 ต่อแสน ประชากร)
พัฒนาระบบบริการให้พึงพอใจ	- ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	28. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในผู้ป่วยนอก (≥85%) 29. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในผู้ป่วยใน (≥85%) <input type="checkbox"/>
บริหารงานมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์	- กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	30. ร้อยละของตัวชี้วัดที่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล (≥85%)
การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	- สนับสนุนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	31. อัตราการล่มของระบบฐานข้อมูลจากสาเหตุ Server และได้รับการแก้ไขทันเวลา (100%)

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

## รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์	เป้าหมายและกรอบเวลา	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม
พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์	- พัฒนาระบบบันทึกเวชระเบียน	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	32. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (>80%) 33. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (>80%) 34. ร้อยละความสำเร็จของการเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์ (100%)
พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้	- มีระบบควบคุมภายในตามมาตรฐาน	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	35. ร้อยละประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI (>80%) 36. ร้อยละองค์กรผ่านการประเมิน ITA (90%) □
สร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่	- รพ.สังคมมีการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	37. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานระบบการจัดการคุณภาพ ความปลอดภัยด้านอาคาร เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล (ประเมินจากองค์กรภายนอก) (>80%) 38. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Green&Clean Hospital (ระดับดี)
สร้างองค์กรคนสำเร็จ	- พัฒนาสรรณบุคลากร - บุคลากรมีความสุขในการทำงาน - มีกระบวนการจัดการความรู้ในองค์กร - ส่งเสริมภาวะสุขภาพบุคลากร	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	39. อัตราบุคลากรได้รับการพัฒนาส่วนขาดตาม Competency ที่กำหนด (90%) 40. ร้อยละของหน่วยงานที่มีดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้ (70%) 41. ร้อยละของหน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R/CQI (50%) 42. ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (100%)
พัฒนาบริการสู่ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	- มีเครือข่ายการดูแลโรคระบาด - มีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อ - ประชาชนมีความเชื่อมั่นและพึ่งพาตนเองได้	ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562	43. อัตราการป่วย Food Poisoning ลดลง (เทียบกับปี 2557) (>50%) 44. อัตราการป่วยโรคอุจจาระร่วงลดลง (เทียบกับปี 2557) (>20%) 45. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรคเบาหวาน (<5%) 46. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรคความดันโลหิตสูง (<3%) 47. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.) (80%) 48. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในชุมชน (>85%)

**I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ**

**(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:**

- ทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ของโรงพยาบาลสังคม
- วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง
- กำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ (ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์)
- จัดทำคำสั่งคณะกรรมการติดตามประเมินผล และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดขององค์กร
- เขียนแผนกลยุทธ์ที่นำไปสู่การปฏิบัติ

**(2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:**

- ถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ผ่านคณะกรรมการบริหาร ที่มพัฒนาคุณภาพทุกระดับ ตามสายการบังคับบัญชา

**(3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:**

- จัดทำแผนเงินบำรุงและแผนประมาณการรายรับ รายจ่ายประจำปีงบประมาณ
- วิเคราะห์และรายงานสถานะทางการเงินเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสังคมทุกเดือน
- มีนโยบายลดรายจ่าย - เพิ่มรายรับ และนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

**(4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:**

- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองกลยุทธ์ของโรงพยาบาลตามสาขา Service Plan
- จัดทำแผนอัตรากำลังขององค์กร

**(5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:**

- จัดทำคำสั่งคณะกรรมการติดตามประเมินผล และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดขององค์กร

**I-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ**

การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:

- มีการปรับแผนปฏิบัติการในกรณีที่หน่วยงานต้องการปรับกระบวนการทำงานเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการดำเนินงานตามกิจกรรม เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผนงาน

**iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

- โรงพยาบาลสังคมผ่านมาตรฐาน HA ปี 2560

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล	4	I	- นำผลการวิเคราะห์องค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นโยบาย มาจัดทำแผนกลยุทธ์ 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565) - จัดทำแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับความท้าทายและตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ	4	I	- กำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลให้มีความท้าทายเพิ่มขึ้น 95%

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

## รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร	4	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนพัฒนาระบบคุณภาพที่ต่อเนื่อง</li> <li>- จัดทำแผนอัตรากำลัง และพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมตามสาขา Service Plan และจุดเน้นขององค์กร</li> <li>- จัดทำแผนพัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน และผ่านเกณฑ์คุณภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li> </ul>
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า	4	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดตัวชี้วัดและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดขององค์กร</li> <li>- พัฒนาระบบสารสนเทศที่เพิ่มช่องทางการรายงานงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัด โดยไม่เพิ่มภาระงานของผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</li> </ul>



I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

<p><b>i. ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]  <b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์</p>							
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>	<b>2560</b>	<b>2561</b>	<b>2562</b> (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	≥85%	86.24	85	85	73	88.26	88.30
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	≥85%	87.37	86.56	86.56	85.51	86.7	89.36
ร้อยละข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองในเวลาที่กำหนด	100	100	100	100	100	100	100
<p><b>ii. บริบท</b> โรงพยาบาลสังคมให้ความสำคัญโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นสำคัญจึงกำหนดเข็มมุ่ง เรื่องการบริการเน้นความปลอดภัย (2P safe) กำหนดจุดเน้นในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดค่านิยมร่วมเพื่อนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ คือ ค่านิยมเรื่องการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีช่องทางในการประเมินความต้องการผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดแนวทางการให้บริการ รวมทั้งตอบสนองความต้องการตามสิทธิผู้ป่วย</p> <p><b>ส่วนการตลาดที่สำคัญ:</b> กลุ่มผู้รับบริการจำแนกตามสิทธิการรักษาซึ่งเป็นแหล่งที่มาของรายได้และงบประมาณของโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)</li> <li>● กลุ่มประกันสังคม</li> <li>● กลุ่มข้าราชการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), สิทธิเบิกได้ - จ่ายตรง</li> <li>● กลุ่มผู้ป่วย พรบ.</li> <li>● กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มนักท่องเที่ยว หรือกลุ่มจ่ายเงินสด อื่นๆ</li> <li>● กลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ: โรงพยาบาลสังคมได้จำแนกกลุ่มลูกค้าตามระดับความต้องการ ดังนี้</li> <li>● กลุ่มผู้บริจาครายใหญ่ ได้แก่ พระอาจารย์จันทน์ อนุบาลโย วัดป่าแก่งใหม่ และคณะศิษยานุศิษย์, พระครูสุทธิญาณ-โสภณ วัดป่านาขาม (ความต้องการบริการที่เป็นสัดส่วนได้มาตรฐาน รวดเร็ว สิ่งอำนวยความสะดวก)</li> <li>● กลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้ ได้แก่ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ความต้องการ ความรวดเร็ว ช่องทางด่วน ห้องพัก)</li> <li>● กลุ่ม UC ทุกกลุ่ม ประกันสังคม แรงงานต่างด้าว, ชาวต่างประเทศ (ลาว) (ความต้องการได้รับการบริการที่รวดเร็ว เท่าเทียม ได้มาตรฐาน การดูแลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน)</li> </ul> <p><b>กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มโรคแม่และเด็ก คือ PPH, BA, Pre-term</li> <li>2. กลุ่มโรค FAST Track คือ STROKE, STEMI, HI</li> <li>3. กลุ่มโรค NCDs คือ HT, DM, COPD</li> <li>4. กลุ่มโรค CKD</li> <li>5. กลุ่มโรค Palliative care</li> </ol> <p><b>ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):</b> ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการ (ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก ความรวดเร็วของการได้รับการบริการ ความสะอาด มาตรฐานในการรักษา)</p>							

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ความต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข (ความต้องการข้อมูลที่ถูกต้องผลงานตามเป้าหมายทันเวลาที่กำหนด)
- หน่วยงานต้นสังกัดของผู้มารับบริการ เช่น กรมบัญชีกลางรัฐวิสาหกิจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาล
- แม่ข่ายประกันสังคม (ความต้องการประสิทธิภาพในการรักษา ความถูกต้องรวดเร็วในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายงานเอกสารที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน)
- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: ในพื้นที่รับผิดชอบ (ความต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ที่ดี พื้นฟูเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน)
- หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง (ความต้องการข้อมูลข่าวสาร การประสานงานที่ชัดเจนรวดเร็ว การสนับสนุนซึ่งกันและกัน)
- โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง (ความต้องการข้อมูลข่าวสารการประสานงานที่ชัดเจนรวดเร็ว การสนับสนุนซึ่งกันและกัน)
- บริษัท ร้านค้า โรงงาน ที่เป็นแหล่งจำหน่ายทรัพยากรให้โรงพยาบาล (ความต้องการการติดต่อประสานงาน การสั่งซื้อ ชำระเงินที่รวดเร็ว โปร่งใส)

### iii. กระบวนการ

#### I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:

1. กล้องรับความคิดเห็น ส่วนใหญ่พบเรื่องพฤติกรรมการให้บริการและระยะเวลารอคอย
2. การประชุมระดับอำเภอ เป็นความต้องการความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้บริการออกหน่วย การบริจาคเลือด หรือการขอหน่วยปฐมพยาบาลตามงานการกุศลต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ไปให้บริการเป็นต้น
3. ประชาคมหมู่บ้าน เช่น ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ผู้นำด้านการออกกำลังกาย การสนับสนุนความรู้ และแนวทางการดำเนินงานในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉิน แรงด่วน
4. การติดตามเยี่ยมบ้าน ความต้องการที่มากที่สุด คือ ต้องการความช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการ การให้บริการในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน อุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้พิการ

(2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:

- ช่องทางการรับฟังความคิดเห็นและความต้องการ มีการประชุมประชาคม หน่วยงานราชการ การประชาคม ผู้แสดงความคิดเห็น การรายงานความเสี่ยง การตรวจเยี่ยมจากองค์กรภายนอก
- แบบไม่เป็นทางการ ทางวาจาพูดคุยหรือติชมหรือจากเฟสบุ๊ก ไลน์

#### I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ:

- สสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยนอก ระหว่างตรวจหรือรับยา
- สสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถามขณะผู้ป่วยนอนรักษาโรงพยาบาล
- จัดทีมเยี่ยม กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามที่คาดหวัง หรือพบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น

#### I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก

(1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:

ผู้ป่วยนอก ผู้รับบริการลดระยะเวลารอคอย โดยการมีการจัดตั้งจุดคัดแยกหน้าหน้า OPD มีการคัดแยกตามบัตรสี

แดง ชมพู ในส่วนผู้ป่วยล้างแผลต่อเนื่อง ให้ทำบัตรทำแผลตามบัตรนัดที่ติดกอนาลโยโดยไม่ต้องรอคอยที่ตึก OPD

(2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

โรงพยาบาลมี Web โรงพยาบาลให้สามารถสืบค้นข้อมูล มีตู้รับความคิดเห็น บริการ 1669 มีรถให้บริการครอบคลุมทุกตำบล

(3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:

กำหนดกลุ่มผู้ป่วยจากการมารับบริการ มาวัดวิเคราะห์ความรุนแรง ความถี่ ของการเกิดโรค

### I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:

- ชมรมจริยธรรมออกโรงงานและหน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ตามงานบุญประเพณีของวัดป่าแก้งใหม่, วัดป่านาขาม, วัดเทพธารทอง, วัดผาใหญ่, วัดหินหมากเป้ง
- มีการออกบริการเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีพระทุกวัดในอำเภอสังขม และตรวจรักษาในพระที่มีโรคเรื้อรังทุกเดือน
- เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเรื่องพฤติกรรมบริการ ทำให้บริการด้วยความเป็นมิตรทำให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการเกิดความอบอุ่นใจและกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
- จัดการระหว่างการรอตรวจเช่นการพูดคุย อธิบายขั้นตอนการรักษา การให้ขศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและสอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากเจ้าหน้าที่ได้ทุกคนทำให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการ
- การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงรุกเช่นการเยี่ยมบ้าน การทำประชาคมหมู่บ้านทำให้รับทราบปัญหาที่แท้จริงที่ไม่สามารถรับทราบได้ขณะที่ให้บริการในโรงพยาบาล
- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังคลอด ในขณะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
- สร้างสัมพันธ์ภาพผ่านเครือข่ายจิตอาสา (มิตรภาพบำบัด) ในการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อมักกันเองโดยเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อมักกันเองจะพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยกันเอง และสื่อสารต่อมายังเจ้าหน้าที่ทำให้รับทราบปัญหาที่ซับซ้อนที่ผู้ป่วยไม่กล้าบอกเล่ากับเจ้าหน้าที่ทำให้น้ำข้อมูลมาวางแผนการตอบสนองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

(2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:

**ช่องทางการร้องเรียน:**

- ทางโทรศัพท์ กล้องรับความคิดเห็น internet ประชุมอำเภอ พุดคุย หน่วยงาน ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ศูนย์ดำรงธรรมร้องเรียนผ่านเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
- ผ่านทางประชาสัมพันธ์
- ผ่านทางผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- ผ่านสื่อ ระบบ Intranet และ web site ของโรงพยาบาล Face book

**ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม:**

- พฤติกรรมบริการ และระยะเวลารอคอยบริการจากการติดตามผลการดำเนินงานเรื่องข้อร้องเรียน พบว่า ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารที่ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
- แนวโน้มการร้องเรียน เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วยในกรณี Unplanned CPR และไม่ได้ทำความเข้าใจและสื่อสารให้ญาติและครอบครัวรับทราบหรือไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลจะพบว่าแนวโน้มการร้องเรียนและแสดงความไม่พึงพอใจมีแนวโน้มสูงขึ้น

**ข้อมูลแสดงประสิทธิภาพในการจัดการกับคำร้องเรียน:**

- เรื่องพฤติกรรมบริการ ได้มีการอบรมเรื่องพฤติกรรมบริการ และการนิเทศติดตามอย่างใกล้ชิด และการสื่อสารโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ ทำให้มีการปรับเรื่องพฤติกรรมบริการ ทำให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในประเด็นเดิมซ้ำๆ
- โรงพยาบาลกำหนดนโยบายการจัดการข้อร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน มีการวางระบบจัดการข้อร้องเรียนและแนวทางดำเนินการในแต่ละระดับความรุนแรงของเหตุการณ์อย่างชัดเจน โดยบูรณาการกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในองค์กรร่วมด้วยกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยมีศูนย์คุณภาพเป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทาง เพื่อนำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการป้องกัน ปรับปรุง จัดการตอบกลับภายในระยะเวลาที่กำหนดและเชื่อมโยงข้อมูลสู่การพัฒนาคุณภาพในระบบงานที่สำคัญต่างๆ

**1-3.3 สิทธิผู้ป่วย****ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:**

- โรงพยาบาลจัดทำคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข 10 ข้อในลักษณะสื่อสารเข้าใจง่ายและติดไว้ในบริเวณที่เข้าไปอ่านได้ง่าย
- มีการประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อสื่อสารนโยบายด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ประการ ให้ทราบและมีความเข้าใจในการนำสู่การปฏิบัติ รวมทั้งกำหนดหัวข้อนี้ในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ก่อนเข้าประจำการ
- หนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย OSCC ผู้ป่วยที่ HIV ผู้ป่วย Abortion เป็นต้น
- การสื่อสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยผ่านหลายช่องทางทำให้ประสิทธิภาพเรื่องการรักษาสิทธิผู้ป่วยเช่น การสอนพนักงานการนิเทศติดตาม, การสื่อสารผ่านที่ประชุมอำเภอ, การสื่อสารผ่านทางวิทยุชุมชน, ทางเสียงตามสาย, ดิจบอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
- แผนกผู้ป่วยนอกมีที่นั่งสำหรับพระภิกษุ โดยเฉพาะ และมีการจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่ กระจายเชื้อและมีการควบคุมกำกับให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ในกรณีผู้ป่วย TB จะได้รับการตรวจและรักษาแบบ One stop service รวมทั้งจัดที่นั่งไว้แยกจากผู้ป่วยอื่นทั้งนี้เพื่อลดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- มีการจัดทำ ระบบ paper less เพื่อป้องกันความลับข้อมูลกรณีญาติหรือเจ้าหน้าที่อื่นเช่นเวรเปลมาขอรับบัตร

**ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:**

- การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยติดเชื้อพบว่ามีบุคลากรเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้มากกว่าบุคลากรที่กำหนดไว้ ทำให้มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ และมีการกำหนดให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลได้เท่าที่กำหนดไว้และมีการควบคุมกำกับการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
- การกำหนดผู้ประสานงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการอบรมให้ความรู้และการกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน
- การให้ข้อมูลก่อนรับบริการ หรือก่อนนอนรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องผูกมัด ยังมีโอกาสในการพัฒนาเพื่อให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้น

**ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:**

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยต้องมีการขออนุมัติขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการระดับจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

**ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:**

## ● ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้เข้าถึงบริการให้ Survival มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ทำ Family Meeting, Advand care plan จนถึง Advand directive ให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำ Living will เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกำหนดความต้องการก่อนเสียชีวิตและเลือกวิธีในการดูแลและเสียชีวิตด้วยตนเอง

## ● ผู้ป่วยเด็ก

กำหนดให้ห้องแยกเป็นห้องให้บริการผู้ป่วยหลังคลอด และให้ผู้ป่วยเด็กได้อยู่กับผู้ปกครองขณะ Admit

## ● ผู้สูงอายุ

1. มี Care giver ดูแลในหมู่บ้าน โดยกำหนดให้ Care giver คนดูแลผู้สูงอายุ 3 - 5 คน ผู้สูงอายุทุกรายได้รับการประเมินและคัดกรองตามมาตรฐาน
2. การทำช่องทางด่วนในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ลดและป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะเสี่ยงระหว่างรอตรวจ

## ● ผู้พิการ

1. การให้บริการผู้พิการโดยการไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทำให้ผู้พิการสามารถเดินได้ และเป็นภาระครอบครัวน้อยลง ผู้พิการรู้สึกตัวเองมีคุณค่า
2. ผู้พิการได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย
3. ผู้พิการได้รับสิทธิบัตรสวัสดิการการรักษากราฟรี และได้รับเบี้ยยังชีพทุกราย

## ● ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด

● มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกยึด อย่างเหมาะสมโดยมีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ดังนี้

● ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่สมควรต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง แยก ผูกยึด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ ผู้ป่วยทางจิตที่มีภาวะเสี่ยง เป็นต้น

● มีแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก และผูกยึดอย่างชัดเจน มีการประเมินอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผูกยึด ผลการดำเนินการไม่พบอุบัติเหตุ

● การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือต้องผูกยึดจะอธิบายให้ญาติและผู้ปกครองรับทราบและเข้าใจและอนุญาตให้พ่อแม่หรือญาติได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

● ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อาละวาด ได้ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในการควบคุมและผูกยึดผู้ป่วย รวมทั้งร่วมในการนำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชเลยด้วย ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยทั้งของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

**iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ****ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

การปรับปรุงการรับฟัง สร้างความสัมพันธ์ ติดต่o ประเมินความพึงพอใจ ติดตามข้อมูลป้อนกลับ

● สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพ

● การใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ

● เครือข่ายจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน

● เครือข่ายมิตรภาพบำบัด

● เครือข่าย Care giver

● ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาล และการนำผลการประเมินมาเพื่อปรับปรุงระบบการดำเนินงาน

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

- ประสิทธิภาพการสื่อสารและการสร้างความตระหนักต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย  
การปรับปรุงเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- เปิดช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการเพิ่มมากขึ้น รวมถึงช่องทางการรับข้อร้องเรียนและพัฒนาระบบการจัดการข้อเรียนที่มีประสิทธิภาพปรับเปลี่ยนการระบุนโรคที่ผู้ป่วยที่หน้าห้องพิเศษ หน้าชาร์ต หน้าเตียง
- การบอกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโดยการใช้รหัส เช่น ผู้ป่วย OSCC
- การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การเสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับยาอันตราย, รับประทานเชื้อไวรัสเอดส์ เป็นต้น
- จัดตั้งศูนย์ OSCC เพื่อให้การดูแลกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการกระทำรุนแรง
- พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100%
- พัฒนาระบบบริการด้านหน้าเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ
- จัดทำระบบ paper less เพื่อป้องกันความลับข้อมูล

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
5. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม	3		เพิ่มช่องทางการรับฟัง /เรียนรู้ความต้องการของผู้รับบริการ
6. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน	3		-
7. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก	3		-
8. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน	3		-
9. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	3		กำหนดมาตรการการปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วย

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

<b>i. ผลลัพธ์</b>							
<b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี							
<b>ข้อมูล/ตัวชี้วัด</b>	<b>เป้าหมาย</b>	<b>2557</b>	<b>2558</b>	<b>2559</b>	<b>2560</b>	<b>2561</b>	<b>2562</b> (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
อัตราการล่มของระบบฐานข้อมูลจากสาเหตุ Server และได้รับการแก้ไขทันเวลา	≤3 ครั้ง/ปี	NA	2	2	1	1	4
จำนวนผลงานวิจัย/R2R/CQI ที่ได้รับการเผยแพร่ในองค์กร	เรื่อง	NA	NA	NA	3	18	18
<p><b>ii. บริบท</b> โรงพยาบาลสังคมใช้โปรแกรมปฏิบัติการ HosXp ในระบบบริการเชื่อมโยงกับผลการตรวจหาห้องปฏิบัติการ (LIS) และรังสีวิทยา (PAC) รวบรวมประมวลผลโดยใช้ HDC, X-Cell, Hosxp ระบบข้อมูลถูกส่งเข้าสู่ศูนย์คุณภาพและหน่วยงานต่างๆและคณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียนโรงพยาบาลสังคม และคณะอนุกรรมการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (MRA) ทำหน้าที่ออกแบบ ควบคุม ดูแลข้อมูลข่าวสารในโรงพยาบาลในภาพรวมโดยนำระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์มาใช้ทำให้ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลสามารถเชื่อมถึงกันได้ข้อมูลงานบริการมีการบันทึกแบบ Real time มีเว็บไซต์ที่เข้าถึงกันได้ตลอดเวลาผ่านทางอินเทอร์เน็ต มีการวางระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศในรูปของรายงาน ข้อมูลตัวชี้วัด ทั้งระดับองค์กร กลุ่มงาน ฝ่าย หน่วยงาน และตัวชี้วัดระดับบุคคล</p> <p><b>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:</b> หน่วยงานมีสารสนเทศที่เหมาะสม เพื่อการบริหาร บริการ พัฒนางานวิชาการ และเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ</p> <p><b>กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มโรคแม่และเด็กคือ PPH, BA และ Pre-term</li> <li>2. กลุ่มโรค FAST Track คือ STROKE, STEMI และ HI</li> <li>3. กลุ่มโรค NCDs คือ HT, DM และ COPD</li> <li>4. กลุ่มโรค CKD</li> <li>5. กลุ่มโรค Paliative care</li> </ol> <p><b>ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):</b>ญาติของผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการ (ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก ความรวดเร็วของการได้รับการบริการ ความสะอาด มาตรฐานในการรักษา)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ความต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา)</li> <li>● สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข (ความต้องการข้อมูลที่ถูกต้องผลงานตามเป้าหมายเวลาที่กำหนด)</li> <li>● หน่วยงานต้นสังกัดของผู้มารับบริการ เช่น กรมบัญชีกลางรัฐวิสาหกิจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาล</li> <li>● แม่ข่ายประกันสังคม (ความต้องการประสิทธิภาพในการรักษา ความถูกต้องรวดเร็วในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายงานเอกสารที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน)</li> <li>● ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: ในพื้นที่รับผิดชอบ (ความต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ที่ดี พื้นฟูเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน)</li> <li>● หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง (ความต้องการข้อมูลข่าวสาร การประสานงานที่ชัดเจนรวดเร็ว การสนับสนุนซึ่งกันและ</li> </ul>							

กัน)

- โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง (ความต้องการข้อมูลข่าวสารการประสานงานที่ชัดเจน รวดเร็ว การสนับสนุนซึ่งกันและกัน)
- บริษัท ร้านค้า โรงงาน ที่เป็นแหล่งจำหน่ายทรัพยากรให้โรงพยาบาล (ความต้องการการติดต่อประสานงาน การสั่งซื้อ ชำระเงินที่รวดเร็ว โปร่งใส)

แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:

โปรแกรม HDC, NCD Screen

เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ : ไม่มี

โปรแกรมปฏิบัติการ HosXp ในระบบบริการเชื่อมโยงกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LIS) และรังสีวิทยา (PAC) มีแผนปีงบประมาณ 2562 รวบรวมประมวลผลโดยใช้ HDC, excel, CRM

### iii. กระบวนการ

#### 1-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั้งทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):

- การพัฒนาบุคลากร ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากรความผูกพันของบุคลากร และความสุขของบุคลากรใช้โปรแกรม Happinometer และนำมาแก้ไข
- ความสำคัญกับกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคลากรจำนวนข้อร้องเรียนการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการอัตราการติดเชื้อรวม จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป
- การเพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง ได้แก่ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) สัดส่วนรายรับต่อรายจ่าย (I/E Ratio)
- การรายงานความเสี่ยงตามโปรแกรมความเสี่ยง
- ใช้ Google form ในการติดตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

(2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:

- ข้อมูลรายได้จากการให้บริการของโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกันในเขตสุขภาพที่ 8
- ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลทั่วประเทศ เขตสุขภาพที่ 8

(3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):

- การเข้าถึงบริการ EMS กำหนดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ ครอบคลุมทุกตำบลให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน FR
- ออกประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและเข้าถึงบริการ 1669

(4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:

- มีการใช้ระบบ Digital มาใช้การเก็บผลงานคือระบบ Google form
- ใช้โปรแกรมบริหารความเสี่ยงในการวัดวิเคราะห์ผลงาน
- ใช้ HDC ในการวัดผลงาน

#### 1-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:

- ความสำเร็จตาม Service Plan เป็นเข็มมุ่งของการพัฒนาได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 84 มีโอกาสพัฒนาคือสาขาการส่งต่อ สาขา palliative care



- การขยายบริการในกลุ่มผู้ป่วย CKD มีหน่วยไตเทียมมีแผนการเปิดให้บริการภายในปี 2562

#### I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร

(1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:

1. พัฒนาศักยภาพการบริการระดับทุติยภูมิและหน่วยงานสนับสนุนตาม Service plan
2. พัฒนาให้มีหน่วยไตเทียมและสามารถเปิดให้บริการในปี 2562
3. พัฒนาคุณภาพการเงินการคลังโดยใช้โปรแกรม MPI, RCM
4. พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน Paper less

#### I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

(1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลสังคมได้มีการพัฒนาประสิทธิภาพขึ้นเรื่อยๆโดยใช้โปรแกรมปฏิบัติการ HosXp ในระบบบริการเชื่อมโยงกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LIS) และรังสีวิทยา (PAC) มีแผน ปีงบประมาณ 2562 รวบรวมประมวลผลโดยใช้ HDC, excell, Hosxp ผลปรากฏว่าคุณภาพข้อมูลได้ร้อยละ จึงมีการพัฒนาโดยใช้โปรแกรม RCM ในการ Audit ข้อมูลและแจ้งให้หน่วยงานแก้ไขก่อนส่งข้อมูลประมวลและวัดผลภาพรวมต่อไป

(2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:

- Sever 2 เครื่อง
- แยกเก็บ Sever หลักและ Sever สำรอง 1 เครื่อง แบ่งเป็นเครื่องหนึ่งทำหน้าที่ในการสำรองข้อมูลเดิม เพื่อให้สามารถดึงข้อมูลเดิมออกมาใช้ได้ และทำการ Replicate ข้อมูล ระหว่างเครื่อง Sever หลัก และ Server สำรอง เพื่อสำรองข้อมูลการให้บริการในโรงพยาบาลตลอดเวลา โดยกำหนดมีการ Back up แบบอัตโนมัติ สำรองข้อมูล วันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 00.30 น. และ 16.00 น. และมีการสำรองไฟล์เก็บไว้ที่ External Harddisk เพื่อไม่มีการสูญหายของข้อมูลกรณีที่เกิดไฟกระชาก ไฟผ่า หรือไฟดับ หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันอย่างอื่น
- Media network และ Hard ware อื่นๆ: เดินสาย LAN cat 5e ซึ่งเดินสายใหม่ ในปี 2555 ครอบคลุมทุกหน่วยบริการเพื่อความรวดเร็วในการบันทึกและประมวลผลข้อมูล ส.ค. 2561 เดินสาย fiber optic เชื่อมระหว่างตึกอำนวยการ-ตึกอำนวยการโยเมตตา(ผู้ป่วยใน)
  - มี UPS สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์และ Switching Hub ในระบบทุกตัว
  - มีเครื่องคอมพิวเตอร์ สำรอง จำนวน 2 ชุด และ Switching Hub พร้อมใช้งานสำรอง 3 ตัว
- ระบบบริหารจัดการอื่นๆ
  - มีจัดเก็บข้อมูล 4 แหล่ง
    1. Server หลัก เสนอที่มหน้า ปีงบประมาณ 2562 ย้ายที่เก็บ server หลัก ห้องชั้นตาดฟ้า ตึกผู้ป่วยใน
    2. Server สำรอง
    3. Computer PC ทำการสำรองข้อมูลแบบอัตโนมัติ และ manual วันละ 2 ครั้ง
    4. External Harddisk
  - กำหนดผู้รับผิดชอบและดูแลในการทำ Preventive Maintenance (PM)
  - กำหนดผู้เข้าถึงศูนย์คอมพิวเตอร์และสร้างระบบการป้องกันการลักขโมย อัดคีย์
  - กำหนดระยะเวลา Down time ของ sever  $\leq 1$  ชม.
  - มีการต่อเชื่อมระบบไฟฟ้าสำรองในจุดบริการที่สำคัญเร่งด่วน
  - มีการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์และการบันทึกแบบ Manual ในกรณีไฟดับนานเกิน 20 นาที ในกรณีไฟดับและระบบไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานหรือ Server ล้มเหลวทั้ง 2 เครื่องพร้อมกันจะทำการบันทึกแบบ Manual อย่างละเอียดและทำการคัดลอกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์เมื่อเข้าสู่ภาวะปกติให้แล้วเสร็จภายใน 1 วันทำการ

**I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ**

(1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:

มี server หลัก และ server สำรอง และทำการ Replicate ข้อมูล ระหว่างเครื่อง Sever หลัก และ Server สำรอง เพื่อสำรองข้อมูลการให้บริการในโรงพยาบาลตลอดเวลา โดยกำหนดมีการ Back up แบบอัตโนมัติ สำรองข้อมูลวันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 00.30 น. และ 16.00 น. และมีการสำรองไฟล์เก็บไว้ที่ External Harddisk เพื่อไม่มีการสูญหายของข้อมูลกรณีที่เกิดไฟกระชาก ไฟฟ้า หรือ ไฟดับหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันอย่างอื่น

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:

ใช้ระบบ Paper less ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เริ่มใช้งาน ต.ค. 2562

**I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร**

(1) การสร้างและจัดการความรู้: มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีการสื่อสารผลงานใน Web โรงพยาบาลสังคม และ จัดมหกรรมวิจัย/R2R/CQI ปีละ 1 ครั้ง

(2) การระบุ good practice และขยายผล: ผลการประกวดมหกรรมวิจัย/R2R/CQI ปีละ 1 ครั้ง พบว่า ผลงานที่ได้มีนวัตกรรมสื่อการสอนทันตกรรม การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด การบำบัดยาเสพติด การคัดแยกผู้ป่วย การใช้เครื่องมือ 7 ขั้นตอนในการสร้างหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร: มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีการสื่อสารผลงานใน Web โรงพยาบาลสังคม และจัดมหกรรมวิจัย/R2R/CQI ปีละ 1 ครั้ง มี Morning talk ทุกเช้าก่อนทำงาน 15 นาที

**iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

จากการจัดมหกรรมวิจัย/R2R/CQI ในวันที่ 18 มกราคม 2562 มีผลงาน R2R จำนวน 4 เรื่อง, CQI จำนวน 14 เรื่อง ครอบคลุม 100% ทุกหน่วยงาน

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
5. การวัดผลการดำเนินงาน	3		-
6. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง	3		-
7. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	3		จัดอบรมพัฒนาการบันทึกข้อมูลกับเจ้าหน้าที่และใช้โปรแกรม RCM ในการ Audit คุณภาพข้อมูล
8. การจัดการระบบสารสนเทศ	3		พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ให้ได้ตาม HA_IT
9. ความรู้ขององค์กร	4		-

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

## I-5 กำลังคน

## i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]

**ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ชีตความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย. 62)
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	≥57%	69.15	78.37	81.51	59.55	61.13	63.03
ร้อยละความผูกพันของบุคลากร	≥80%	78.5	89.18	86.55	86.02	85.57	92.36
ร้อยละความครอบคลุมผลสำรวจ happinometer ของบุคลากร	70%	NA	NA	NA	65.26	70.28	47.5
อัตราบุคลากรได้รับการพัฒนา สมรรถนะส่วนขาดตามที่กำหนด	90%	100	100	100	100	100	100
ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ป่วย ได้รับการแก้ไข	80%	100	97.44	100	98.47	96.45	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ
จำนวนผลงานวิจัย/R2R/CQI	เรื่อง	1	1	2	10	18	18

ii. **บริบท** เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงและมีการขยายบริการเพิ่มในปี 2562 มีหน่วยฟอกไต ขนาด 12 เตียง  
กำลังคนประเภทต่าง ๆ ขององค์กร:

สาขา	Full time (คน)				Part time (ชม./ สัปดาห์)
	ระดับปริญญา		ต่ำกว่าปริญญา		
	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	
1. เกสัชกร	3	-	-	-	-
2. พยาบาลวิชาชีพ	26	13	-	-	-
3. นักเทคนิคการแพทย์	1	-	-	-	-
4. เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	-	-	1	-	-
5. นักกายภาพบำบัด	1	1	-	-	-
6. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	-	-	1	3	-
7. โภชนากร/นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร	-	-	-	2	-
8. นักวิชาการสาธารณสุข	3	2	-	-	-
9. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ชุมชนและเวช กิจฉุกเฉิน)	-	-	1	-	-
10. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	-	-	-	1	-
11. นักจัดการงานทั่วไป	1	-	-	-	-
12. นักวิชาการคอมพิวเตอร์	-	1	-	-	-
13. นักวิชาการการเงินและบัญชี	-	1	-	-	-
14. นักวิชาการทันตสาธารณสุข	-	1	-	-	-
15. นักวิชาการพัสดุ	-	1	-	-	-

สาขา	Full time (คน)				Part time (ชม./ สัปดาห์)
	ระดับปริญญา		ต่ำกว่าปริญญา		
	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	ข้าราชการ	ลูกจ้าง	
16. เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	-	-	1	2	-
17. เจ้าพนักงานเวชสถิติ	-	-	1	2	-
18. เจ้าพนักงานสถิติ	-	-	-	3	-
19. เจ้าพนักงานธุรการ	-	-	-	1	-
20. แพทย์แผนไทย	1	2	-	-	-
21. นักจิตวิทยา	-	1	-	-	-
22. ลูกจ้างประจำอื่นๆ	-	-	8	-	-
23. ลูกจ้างชั่วคราวอื่นๆ	-	-	-	35	-
รวม	36	23	13	48	-

**สมรรถนะหลักขององค์กร:** การป้องกัน การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง ปรับเปลี่ยน รักษา และฟื้นฟูจนถึงการจัดการภาวะแทรกซ้อนโรคไตเสื่อมด้วยการฟอกไต และถึงการดูแลระยะสุดท้าย

**ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน:**

1. มีสวัสดิการห้องพิเศษ ฟรีทุกรายแก่เจ้าหน้าที่และญาติสายตรง พ่อ - แม่, ลูก, มีส่วนลด 50%
2. มีการวิเคราะห์ภาระงาน และปรับอัตราค่าจ้างตามภาระงานเพื่อให้บุคลากรมีภาระงานเหมาะสมเช่นเวรเปล

**ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน:** มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและ มีการดูแลบุคลากรที่ได้รับ ความเจ็บป่วยจากการทำงาน

### iii. กระบวนการ

#### I-5.1 ก. ชี้วัดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน

(1) ผลการประเมินชี้วัดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:

เนื่องจากโรงพยาบาลสังคมได้มีการขยายบริการหน่วยฟอกไต จากการประเมินศักยภาพบุคลากรและความเพียงพอในการจัดบริการไม่เพียงพอจึงมีการใช้หน่วยงานภายนอกเข้าดูแลพร้อมกำหนดแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีคุณภาพโดยมีแผนฝึกอบรมเฉพาะทาง และเนื่องจากอัตราค่าจ้างตาม FTE ยังไม่ได้ตามแผน FTE จึงมีการวางแผนอัตราค่าจ้าง

(2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:

- จากการวิเคราะห์ภาระงานมีจัดสรรหาตามความต้องการของหน่วยงานและกำหนดคุณลักษณะที่ต้องการและวิธีการ คัดสรร คัดเลือกในรูปแบบคณะกรรมการ
- การจ้างมีหลายรูปแบบ ยกเว้นกรณีที่มีการจัดสรร กรณีที่ส่วนโรงพยาบาลสังคมจะมีการว่าจ้างโดยการยี่ดระเบียบ อ้างอิงจากระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างงานกรณีที่ต้องมีการว่าจ้างงานเฉพาะทางให้วิธีจ้าง เหมาะอ้างอิงในราคาตลาดเช่นการจ้างเจ้าหน้าที่/ทีมผู้เชี่ยวชาญหน่วยไตเทียม
- สำหรับบุคลากรใหม่ให้สามารถปฏิบัติงานได้มีการปฐมนิเทศ มีการสอนงาน และมีระบบพี่เลี้ยงและพัฒนาศักยภาพ มีความก้าวหน้าในสายงาน มีการปรับอัตราค่าจ้างตามผลงาน

(3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วย CKD มารับบริการในโรงพยาบาลสังคมในปี 2559, 2560, 2561 จำนวน 22, 59, 42 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจึงได้มีการเปิดหน่วยบริการฟอกไต และมีแผนกำลังคนในด้านปริมาณและการพัฒนา ศักยภาพให้สอดคล้องกับการให้บริการ

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

## รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

## (4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:

หน่วยงานมีการมอบหมายงานให้บุคลากรมี Job description และมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการใช้อัตรากำลังร่วมที่จะต้องผ่านการพัฒนาศักยภาพในงานนั้นๆ มีแผนอัตรากำลังในภาวะไม่ปกติ เช่น อุบัติเหตุหมู่

I-5.1 ข. บรรยายภาพการทำงานของกำลังคน

## (2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:

- ทีมนำมีการประชุมชี้แจงแนวนโยบายให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับรู้ และเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอปัญหา เพื่อจะได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป
- สิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาล และประกันอุบัติเหตุ การบริการห้องพิเศษ

I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) การป้องกันและจัดการกับความเครียดต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:

- มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่เจ้าหน้าที่ก่อนเข้าทำงาน ขณะทำงาน
- มีการให้ภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีน Hb, Dt และ Flu
- มีแนวทางการป้องกันอันตรายจากเข็มฉีดยา
- มีการนำข้อมูล Happinometer มาวิเคราะห์และวางแผนหาแนวทางแก้ไข
- มีการตรวจประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (แสง, เสียง, ความร้อน)

## (2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:

- มีกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น การแข่งขันกีฬาสาธารณสุข กิจกรรมออกกำลังกายทุกวันศุกร์
- มีการคัดกรองภาวะสุขภาพ 100%

## (3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:

ตรวจสุขภาพบุคลากรใหม่ทุกรายตามลักษณะงาน และมีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

## (4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:

- มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุจากการทำงาน
- มีการประเมิน และคัดกรองภาวะซึมเศร้า

I-5.2 ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

## (1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:

การตรงต่อเวลา รับผิดชอบหน้าที่ ร่วมแรงร่วมใจ

## (2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:

มีแบบสอบถามความผูกพัน นำมาวิเคราะห์ และปรับปรุง

## (4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:

- กำหนด KPI ของหน่วยงาน
- ประเมิน Competency ของบุคลากร

I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:

กลุ่มกำลังคนและผู้นำ	Learning need ที่สำคัญ	วิธีการพัฒนา/เรียนรู้
งานผู้ป่วยใน	การดูแลมารดาทารกหลังคลอด	R2R
งานทันตกรรม	ตุ๊กตาสอนแปรงฟัน	R2R
งานเวชปฏิบัติครอบครัว	หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	R2R
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	การคัดแยกผู้ป่วย	CQI

(2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:

มีการเผยแพร่ในเวปไซต์ของโรงพยาบาลสังคม และมีการนำไปใช้

(3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:

- พัฒนาศักยภาพหัวหน้าหน่วยงาน
- มีระบบผู้รับผิดชอบหลัก ผู้รับผิดชอบรอง เพื่อให้สามารถทำงานแทนกันได้

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

มีผลงานนวัตกรรม R2R, CQI และมีการจัดมหกรรมการแข่งขัน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
21. ชีตความสามารถและความเพียงพอ	3		วางแผนเพิ่มอัตรากำลังและขีดความสามารถเพื่อรองรับการขยายบริการ
22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน	3		-
23. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน	3		-
24. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน	3		-
25. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ	3		สนับสนุนให้มีประชุม และการอบรม ทั้งในและนอกสถานบริการ อย่างสม่ำเสมอ

I-6 การปฏิบัติการ

<p><b>i. ผลลัพธ์</b> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มีได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]</p> <p><b>ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:</b> ผลผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิภาพของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลดำเนินงานโซ่อุปทาน</p>							
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61 - มิ.ย 62)
จำนวนการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่	ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1	1
จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัย	ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1	1
จำนวนครั้งการซ้อมแผน MCATT	ครั้ง/ปี	1	1	1	1	1	1
จำนวนผลงานวิจัย/R2R/CQI	เรื่อง	1	1	2	10	18	18
<p><b>ii. บริบท</b> เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีแพทย์เฉพาะทางสูตินารีแพทย์ออกให้บริการในคลินิก ANC เดือนละ 2 ครั้ง และมีแพทย์เฉพาะทางโรคไตให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย CKD จากโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อและโรงพยาบาลหนองคาย</p> <p><b>ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นโรงพยาบาลคุณภาพมาตรฐาน</li> <li>2. เครื่องมือสุขภาพเข้มแข็ง</li> </ol> <p><b>ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ:</b> บริษัทฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อปท. เทศบาล ผู้นำชุมชน ส่วนราชการต่างๆ อสม.</p> <p><b>โอกาสเชิงกลยุทธ์:</b> ได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยใน หน่วยฟอกไต โดยมูลนิธิสฤทธิญาณโสภณไตเทียม</p> <p><b>การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน:</b> นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น นักศึกษาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p><b>ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ:</b> น้ำท่วม อุทกภัย วาตะภัย ดินโคลนถล่ม อุบัติเหตุหมู่ อัคคีภัย</p> <p><b>iii. กระบวนการ</b></p> <p><b>I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ</b></p> <p>(1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:เป็นหน่วยบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ พัฒนาและเพิ่มศักยภาพการบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลเฉพาะทาง HD จำนวน 2 คน</li> <li>- พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติฉุกเฉิน จำนวน 1 คน</li> <li>- พยาบาลเฉพาะทาง Palliative care จำนวน 1 คน</li> </ul> <p>(2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● พัฒนาขยายบริการเพิ่มให้มีบริการหน่วยไตเทียมมีเครื่องมือที่ทันสมัยสามารถให้บริการครอบคลุมผู้ป่วย CKD อำเภอสังคมและอำเภอข้างเคียง</li> <li>● พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สร้างความต่อเนื่องของบริการเครือข่ายเช่นการจัดตั้ง หน่วยส่งต่ออุบัติเหตุและฉุกเฉินในชุมชนครอบคลุมทุกตำบล</li> <li>● พัฒนาการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยบริการ COC เชื่อมโยงบริการเช่นกายภาพบำบัด ผู้ป่วย CKD ผู้ป่วย Palliative care จัดตั้งทีม FCT (Famiry care team) ดูแลถึงชุมชนและมีแผนพัฒนาต่อเนื่องสู่บริการ PCC ตำบลแก้งไถ่ และตำบลผาดั้ง</li> </ul>							

## (3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่าง ๆ:

หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ: การกำหนด CPG ดูแลกลุ่มโรคที่สำคัญโดยอ้างอิงราชวิทยาลัยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

เทคโนโลยี: ระบบ Hosxp, MPI, RCM

ความรู้ขององค์กร: มุ่งเน้นจากการปฏิบัติจริงในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง

คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น : ได้รับความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความคล่องตัว: เป็นการประสานงานแนวราบ หรือการจัดตั้งทีมคล่อมสายงาน เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน

ความปลอดภัย: 2P Safety goal ทั้งในผู้ป่วยและบุคลากร

มิติคุณภาพอื่นๆ: Access, Continuity, Health promotion

## (4) การควบคุมเอกสาร:

ศูนย์คุณภาพเป็นศูนย์กลางการจัดเก็บเอกสาร มีการจัดเรียงจากหน่วยงาน ที่ระบบ มีการกำหนดหมายเลขเอกสาร เช่น WI, CPG ฯลฯ

I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

## (1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ

- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ
- การทบทวนของทีมนำและศูนย์คุณภาพพบว่าแนวคิดเชิงคุณภาพมีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานมีน้อย ขาดการถ่ายทอดและนำไปใช้ ระบบงานที่ขยายตัวทำให้ขาดการเชื่อมโยงระหว่างทีม จึงปรับกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพสู่งานประจำดังนี้
  - ปี 2559 จัดสรรงบประมาณเชิญวิทยากร ทีมพี่เลี้ยงให้ความรู้และการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
  - ปี 2560 มีการกำหนดตัวชี้วัด และกำหนดผู้รับผิดชอบ มีการนำเครื่องมือคือ Clinical tracer Highlight และ Trigger Tool เป็นประเด็นการติดตามทบทวนมีการเชื่อมโยงระหว่างทีม ปรับระบบงาน เกิดความร่วมมือ ความเข้าใจในทีมส่งผลให้ตัวชี้วัดในทีมดีขึ้น
  - สร้างกระบวนการนิเทศติดตามด้วยการเยี่ยมสำรวจภายใน เพิ่มสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจภายในด้วยการอบรม การเข้าร่วมเครือข่ายคุณภาพ เช่น QRT QLN QA เพื่อนำกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายนอกมาปรับใช้และถ่ายทอดความรู้
  - กำหนดแผนกระตุ้นกระบวนการดำเนินงานโดยใช้ 3P มีการให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจกระตุ้นต่อเนื่อง
- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน:
 

ข้อร้องเรียนเรื่องระยะเวลารอคอยที่ OPD เกิดจากกระบวนการผู้ป่วย OPD ปะปนกับผู้ป่วย NCD จึงมีการปรับแก้ให้แยกหน่วยบริการ NCD ออกจาก OPD และให้บริการแบบ One Stop Service ผลลัพธ์ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ
- บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:
 

ภาวะวิกฤตติดทางการเงินระดับ 7 เป็นปัญหาเร่งด่วนจากการทบทวนเกิดจากการลงข้อมูลไม่สมบูรณ์ของหน่วยงาน ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน จึงได้มีการจัดตั้งกลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์มีผู้รับผิดชอบงานจัดเก็บที่เป็นรูปธรรมและ นำโปรแกรม RCM มาใช้ในหน่วยงาน

I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา เพื่อให้เพียงพอ พร้อมใช้ เริ่มตั้งแต่การวางแผน จัดซื้อ จัดเก็บ และส่งต่อถึงผู้รับผลงาน



**I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม**

ส่งเสริมการจัดการนวัตกรรมโดยการสร้างจูงใจให้รางวัลสนับสนุนการดำเนินงานและมีการจัดมหกรรม R2R/CQI และส่งเสริมให้นำเสนอในระดับจังหวัด, เขตต่อไป

**I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก**

มีกำหนดแผนการดำเนินงาน มีการทบทวนและให้ความรู้ทุกสัปดาห์

**I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ**

(1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:

มีการกำหนดการตรวจสอบและทดสอบโดยมีการออกร่วมกันหลายๆ ระบบพร้อมกัน มีการลงเยี่ยมพร้อมกันหลายหน่วยงาน

**I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)**

(1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:

แนวคิดห้อง LAB มีเครื่อง Hoods ดูดอากาศเพื่อให้ปลอดภัย

(2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:

บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น:

- มีการจัดทำแผนรองรับ คือ แผนอุบัติเหตุและอุบัติภัยหมู่มีการซ้อมแผนปีละ 1 ครั้ง การเรียนรู้จากการซ้อมแผน คือ พบว่า การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรมหรือชี้แจงแผนทำให้ไม่ปฏิบัติตาม และก่อให้เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการประสานกับหน่วยงานภายนอก เช่น ตำรวจ ไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ดับเพลิง พบว่า มาช้ากว่าเวลาที่มีการตกลงกันไว้ และยังไม่มีการซ้อมโรยตัวจากตึก รวมทั้งยังไม่ได้มีการซ้อมในช่วงต่อเวลา
- ให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพปีละ 1 ครั้ง จากการประเมิน พบว่า ยังปฏิบัติไม่ได้ตามแผน เช่น ผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุมสั่งการยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม รวมทั้งสมาชิกยังมีความสับสนในบทบาทหน้าที่อยู่บ้าง โอกาสพัฒนาจะซ้อมในหน่วยงานต่างๆ จำลองจากสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งการเรียกขอความช่วยเหลือ เพื่อให้ทีมได้ซ้อมใกล้เคียงสถานการณ์จริงและทีมจะได้เรียนรู้ปัญหาอุปสรรคเพื่อนำมาปรับปรุงวางแผนในการซ้อมในปีต่อไปให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
- ในการซ้อมแผน MCATT พบว่าเครือข่ายยังไม่ทราบแนวทางการจัดการกรณีผู้ป่วยจิตเวชอาละวาด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังมองเห็นเป็นเพียงการซ้อมยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร

ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ:

Hosxp, MPI และ RCM

**iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

ผลงาน R2R/CQI/นวัตกรรม เพิ่มขึ้นครอบคลุมทุกหน่วยงาน

**v. แผนการพัฒนา**

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3	I	วางแผนการระบบบริการเพื่อรองรับการขยายบริการ
27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน	3	I	-
28. การจัดการนวัตกรรม	3	I	สนับสนุนให้มีผลงานนวัตกรรม เผยแพร่ในระดับเขต หรือประเทศ

## รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

## รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก	3	I	สนับสนุนการจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิกให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน
30. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ	3	I	มีการวางแผนให้มีการจัดการภาวะฉุกเฉินทุกปี