รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

I-1 การนำ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
I-1.1 ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.
I-1.2 องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

i. <u>บริบท</u>

ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จโดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารภายในองค์กรที่ยังเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน การถ่ายทอดข้อมูลจากระดับบนสู่ระดับผู้ปฏิบัติ ในเรื่องนโยบายที่สำคัญของโรงพยาบาล ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม กำหนดเป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย การปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีของหัวหน้างาน สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับหัวหน้างานในการควบคุมกำกับติดตามผู้ปฏิบัติในเรื่องความรับผิดชอบทั้งด้านงาน กฎหมาย และต่อสังคม

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)]	**4**	**I**	- ผู้นำระดับสูงชี้นำเพื่อทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ โดยการดำเนินการ ดังนี้ 1) ผู้นำระดับสูงมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก และการออกแบบแผนปฏิบัติงานยุทธศาสตร์ เพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมหลักขององค์กร โดยดำเนินการภายใต้กรอบการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยทีมผู้นำ ทีมระดับหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดปีงบประมาณ การทำตัวเป็นแบบอย่างของทีมนำ หัวหน้างาน โดยสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายผ่านผู้บริหารระดับต่างๆในการประชุมทีมนำ ทีมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มุ่งเน้นใช้หลักการบริหารจัดการด้าน

			นโยบายความปลอดภัยและโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ การประกาศนโยบายผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ บอร์ดติดประกาศ website โรงพยาบาล 2) มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานผ่านการประชุมของทีมผู้นำคุณภาพ (Quality Steering/Leadership Team) ทุกเดือน เพื่อประเมินสถานการณ์ดำเนินงานและแนวทางการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ 3)มีการกำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพองค์กร (KPIs) และดำเนินกระบวนการประเมินผลตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามผล เสริมสร้างการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ และการปรับปรุงแก้ไขแผนปฏิบัติงาน ผลลัพธ์ 1) มีการนำเสนอผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลทาง คลินิกทุกเดือน 2) ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการแก้ไขปัญหาของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ≥ 70% ปี2567 = NA, ปี2568 = 14.29% ปี 2569 =83.33 % แผนพัฒนา จัดทำแบบประเมินการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ ที่มีต่อผู้นำ/หัวหน้างาน ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่าง ตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก	
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข] **	**4**	**I**	- เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิผลและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรโดยผู้นำดำเนินการดังนี้ 1) ผู้นำได้มีการกำหนดทิศทางการนำองค์กร และกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนการทำงานผ่านทีมหรือคณะกรรมการต่างๆ ให้คณะกรรมการแต่ละชุดสามารถนำนโยบายและเป้าหมายไปออกแบบแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) การสร้างความผูกพันในองค์กรถือเป็นเป้าหมายหลักของผู้นำระดับสูง โดยคณะกรรมการHR เป็นผู้ดำเนินการดำเนินการประเมินสถานภาพความสุขและความพึงพอใจของบุคลากรผ่านเครื่อง มือที่ได้มาตรฐาน Happinometer , (mental health check in) และนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงาน ให้เกิดผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ 3) ผู้นำแต่งตั้งทีมประสานงานคุณภาพ (Facilitator) เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการสื่อสารประสานงานระหว่างทีมคร่อมสายงาน ผลลัพธ์อัตราการบาดเจ็บและเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงานไม่เกินร้อย	

			ละ 5 ปี2567 = 3.04%, ปี2568 = 3.4% ปี 2569 =0.83 ผลการประเมิน Happinometer ผลลัพธ์ปี256 จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีคะแนนน้อย3ลำดับคือ สมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work life balance) ร้อยละ 56.76 สุขภาพการเงินดี (Happy Money) ร้อยละ56.88 และผ่อนคลายดี (Happy Relax) ร้อยละ 58.1 ได้นำผลการประเมินทั้ง 3 ส่วนนี้มาจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยการทำโครงการองค์กรสร้างสุข ผลจากการจัดกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 81.60 ปี2567-2568ไม่ได้ประเมิน ปี2569 รอประเมินผล , mental health check in ผลลัพธ์ปี 2567 ไม่มีการประเมิน ปี2568 พบว่าจำนวนผู้ตอบแบบประเมิน 153 รายพบภาวะ burn out 10 รายประเมินความเครียดระดับมาก 2 รายมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 15 ราย แนวโน้มโรคซึมเศร้า 10 รายและมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 รายสรุปผลต้องติดตามโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 11 รายได้ประเมินซ้ำและให้คำปรึกษาพบว่าดีขึ้นทั้งหมด 11 รายไม่มีแนวโน้มโรคซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2569 อยู่ระว่างดำเนินการ
3. การสร้างสิงแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร [I-1.1ค (1)(2)(3)] **	**4**	**I**	- เพื่อให้องค์กรพัฒนาคุณภาพบริการและบรรลุวิสัยทัศน์ทีมนำได้ดำเนินการดังนี้ 1)สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน มีการดำเนินการติดตามและประเมินผลโดยให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พร้อมทั้งนำผลการประเมินมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเพื่อให้ทีมนำคุณภาพได้นำประเด็นสำคัญ เช่น ความเสี่ยง ข้อร้องเรียน และผลการทบทวนเคส มานำเสนอและร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน 2)ส่งเสริมการพัฒนาผู้นำอย่างต่อเนื่องโดยการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้นและระดับกลาง เพื่อเสริมสร้างทักษะด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น ผลลัพธ์ ได้มีการประชุมทีมนำคุณภาพทุกเดือนเพื่อทบทวนและติดตาม ปี 2567 มีข้อร้องเรียนเรื่อง refer ผู้ป่วยเด็กล่าช้า case AGE ได้ทบทวน การดูแล	

			ผู้ป่วยระหว่างรอ refer ในกรณีทีรพ. สปร. ยังไม่รับ refer ความเสียงเรื่องการแก้ไข stock ยา ที่เกินความจำเป็น ที่ห้องฉุกเฉิน การทบทวน case มีการทบทวน case Alcohol withdrawal ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีผู้นำระดับหัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้างานได้การอบรมหลักสูตรผู้บริหาร ปี 2565 - 2568 จำนวน 5 คน จาก 22 คน
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]	**4**	**LI**	- เพื่อให้เกิดความมั่นใจในระบบการดูแลองค์กร ได้มีการควบคุมการดำเนินงานต่างๆ ทั้งในด้านการบริหาร ด้านการเงิน ด้านความเสี่ยงต่างๆผ่านคณะกรรมการที่สำคัญ 2 ชุด คือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมตรวจสอบภายในด้านการพัฒนาผู้นำหน่วยงานได้ส่งเสริมการพัฒนาผู้นำอย่างต่อเนื่องโดยการส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางเพื่อเสริมสร้างทักษะด้านการบริหารจัดการและภาวะผู้นำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้นโดยวางแผนส่งอบรมปีละ 1-2 คน ผลลัพธ์ 1. ได้ดำเนินการส่งบุคลากรเข้าปี 2567 = 1 คน คิดเป็น 50 %และ ปี2568 ไม่ได้รับพิจารณาเข้ารับการอบรม 2. ได้รับการตรวจสอบจากทีมภายใน และทีมจากภายนอก ผลคือ ผ่านการประเมิน EIA ปี 2567 = 93.81% ปี 2568 = 79.87% ปี 2569 = รอรับการประเมิน และ ITA 2567 = 93.18% ปี 2568 = 100% ปี 2569 = รอรับการประเมิน
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)] **	**4**	**LI**	- เพื่อธำรงคุณภาพและ มาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่ององค์กรได้มีการควบคุมกำกับทางด้านคลินิกทั้งด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และสร้างความปลอดภัย ได้ปรับโครงสร้างแยกทีมดูแลทางด้านคลินิก เฉพาะโรคเช่น NCD, palliative care, sepsis,เพิ่มเติมโดยมี คณะกรรมการ PCT เป็นคณะกรรมการใหญ่ในการกำกับดูแลทางด้านคลินิกเพื่อความคล่องตัวในการติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคสำคัญ 2) นำเสนอผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลทางคลินิกผ่านที่ประชุมทีมนำ ผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ป่วยในรายโรคดีขึ้น รพ.มีความปลอดภัยขั้นสูงหรือมีคุณภาพครอบ

			คลุมกระบวนการที่สำคัญตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ด้าน ปี2567 ผ่าน 5 ด้าน คิดเป็น 55.56%, ปี2568ผ่าน 5 ด้าน คิดเป็น 55.56%
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)(2)]	**4**	**I**	- เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามกฎหมาย การทำประโยชน์ให้สังคมและยึดมั่นในหลักจริยธรรม หน่วยงานได้ดำเนินการในประเด็นสำคัญ ดังนี้1)การแสดงความรับผิดชอบต่อสาธารณะมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ มีการปฏิบัติตามกฎข้อบังคับกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของโรงพยาบาล ได้แก่ การบำบัดน้ำเสีย การกำจัดขยะอันตรายและขยะติดเชื้อ และของเสียต่างๆ ตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อป้องกันผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม 2) การดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม มีการจัดทำแนวทางในการพิจารณาประเด็นด้านจริยธรรม (Ethical dilemma) โดยเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลลัพธ์ปี 2567- 2569 ไม่พบข้อร้องเรียนจากชุมชนเรื่องขยะติดเชื้อ เรื่องน้ำเสีย และได้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการยุติการ CPR และการยุติการรักษาผู้ป่วย end of life ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูตามแนวทางและนำไปใช้ 100%

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- 1. โรงพยาบาลได้รับรางวัล Green & Clean hospital ปี2568
- 2. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐ (ITA) ได้ผลงาน 100%

<u>iv.ผลลัพธ์</u> รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จขององค์กร การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทำประโยชน์ให้สังคม

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569 ต.ค.-ธ.ค
1. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐ(ITA)	ร้อยละ 90 หรือระดับ A	95.85	95.45	93.18	100	รอการประเมิน
2. ระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ (EIA)	ผ่านทุกมิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 90	77.61	97.30	93.81	79.87	รอการประเมิน
3. อัตราความผูกพันต่อองค์กร	ร้อยละ 70	65.21	65.21	79.6	81.33	75.44
4. ร้อยละของความสำเร็จของการจัดการแก้ไขปัญหาของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่	≥ 70%	NA	NA	NA	14.29	83.33

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

I-2 กลยุทธ์

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-2.1 องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

I-2.2 องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

i. <u>บริบท</u>

โรงพยาบาลหนองบัว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ที่มุ่งเน้นการพัฒนาตามบริบทของพื้นที่อำเภอหนองบัวและทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการ สุขภาพ และ สสจ.นครสวรรค์ ที่มีทิศทางมุ่งการเป็นองค์การสมรรถนะสูง การดูแลรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในโรคยุทธศาสตร์ มีประชากรตามทะเบียนราษฎร์ในความรับผิดชอบ 60,620 คน แยกตามกลุ่มวัย 0-5 ปี 1,792 คน คิดเป็นร้อยละ 2.95 วัยเรียน 5,784 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.54 วัยรุ่น 3,642 คิดเป็นร้อยละ 6.00 วัยทำงาน 33,144 คน คิดเป็นร้อยละ 54.67 ผู้สูงอายุ 16,258 คน คิดเป็นร้อยละ 26.81เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สถิติสำคัญของโรงพยาบาลในปี 2568 จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย วันละ 367 ราย 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ได้แก่ 1)ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ 2)เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) คอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด) 4)Chronic kidney disease, stage 5) เวียนศีรษะ 5 อันดับโรคผู้ป่วยในได้แก่ 1) Gastroenteritis and colitis of unspecified origin 2) หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ไม่ระบุรายละเอียด 3) ปอดบวมชนิดบร็องโค ไม่ระบุรายละเอียด 4) เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด ไม่ระบุรายละเอียด 5)หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด 5 อันดับสาเหตุการตายได้แก่ 1) โรคมะเร็งทุกชนิด 2)โรคหลอดเลือด 3)โรคหัวใจ / หลอดเลือดหัวใจ 4) โรคปอด / ทางเดินหายใจส่วนต่าง 5) โรคไตวาย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองบัว มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (2565-2569) โดยการนำของผู้นำองค์กร ทีมนำและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ร่วมกัน ศึกษาและกำหนดทิศทางนโยบาย โดยให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ตามขั้นตอนในเชิงบูรณาการกับงานคุณภาพ โดยเริ่มจากการร่วมกันกำหนดโรค ยุทธศาสตร์จาก 4 ปัจจัย (R : Risk , C : Cost , V : Volume , P : Policy) ค้นหาปัจจัยภายนอก TO และปัจจัยภายใน SW การจัดทำ Matrix และกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กรได้ 4 ด้าน คือ 1.พัฒนาคุณภาพสถานบริการให้ได้มาตรฐาน 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม 3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ 4.พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักคุณธรรมและความ

โปร่งใส การกำหนดวิสัยทัศน์จากยุทธศาสตร์ กำหนดพันธกิจ กำหนดค่านิยม SCTM การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี การกำหนดค่า เป้าหมายที่ท้าทายระดับองค์การและตัวชี้วัดทั้ง 4 ระดับ (R : Roadmap : ระดับองค์การ , P : Profile : ระดับทีมนำ/คกก./หัวหน้ากลุ่มงาน , U : Unit : ระดับแผนกงาน , I : individual : ระดับผู้ ปฏิบัติ และการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อสู่การปฏิบัติจริงตามเส้นทางยุทธศาสตร์ รวมถึงมีการติดตามประเมินผลตามยุทธศาสตร์และผลลัพธ์ด้านคุณภาพ 6 ด้าน และการประเมินผลงานตาม ตัวชี้วัดระดับอำเภอที่มีผลต่อการประเมินผลงานพิจารณาความดีความชอบ รายละเอียดของข้อมูลบางส่วน ดังนี้

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ 1.การมีแพทย์เวชศาสตร์และการนำที่ดีทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพสถานบริการในระดับปฐมภูมิเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและศักยภาพมากขึ้น 2.การเพิ่มขีดความสามารถด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพที่เปิดสิทธิให้เลือกสถานบริการได้อย่างอิสระ ซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการมุ่งไปใช้สถานบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่า 3.การมุ่งสร้างนโยบายสาธารณะเมืองแห่งการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอำเภอหนองบัว (3อ. 2ส.) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิด โรค NCD 4.การมุ่งพัฒนาความพร้อมด้านอุบัติเหตุจากการจราจร อันเนื่องมาจากความเจริญของเส้นทางคมนาคม ซึ่งอาจจะสาเหตุที่สนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุจากการจราจร มากยิ่งขึ้น 5.การพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ เนื่องมาจากจุดอ่อนขององค์กรที่มีภาวะวิกฤตทางการเงินและระบบบัญชีที่ผิดพลาด

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ 1.องค์การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มุ่งพัฒนา จึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข การบริหารจัดการ และมาตรฐานของสถานบริการเพื่อการรับรองคุณภาพ 2.องค์ได้รับเงินบริจาคจากพระเกจิ จึงมีความพร้อมในด้านพัฒนาอาคารสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์

สมรรถนะหลักขององค์กร: เครือข่ายการดูแลผู้ป่วย NCD/ผู้ป่วยระยะกลาง ครอบคลุมทุกชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ1.การจัดให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับชุมชน 2.มีการบริหารจัดการองค์กรภายใต้หลักคุณธรรมและความโปร่งใส สร้างความเชื่อมั่นต่อองค์กร 3.ความภาคภูมิใจของบุคลากร การเห็นคุณค่าในงาน นำมาซึ่งแรงบันดาลใจ ความสุขและความผูกพัน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
7. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1 ก(1)(2)(3)(4)**	**4**	**L**	- เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชากรในพื้นที่ได้ดำดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ จุดเน้น และแผนยุทธศาสตร์ของรพ. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย OPD/IPD, กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ , ระยะเวลาการให้บริการ, ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร รวมถึงข้อมูลด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล 2) ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพถูกนำมาใช้กำหนด **เป้าหมายและตัวชี้วัด (KPI) ในแผนงานประจำปี** คือ ลดป่วย ลกตาย ด้วยโรคมุ่งเน้นของพื้นที่ ได้แก่ STEMI, Sepsis, Stroke, CKD DM HT 3.) องค์กรมีการติดตามผล ประเมินความคืบหน้า และปรับปรุงกลยุทธ์อย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลเป็นหลักฐาน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคตและยกระดับคุณภาพการให้บริการได้อย่างยั่งยืนต่อเนื่อง 4) ในกระบวนการทำงานที่มีข้อจำกัด ภายใต้สมรรถนะหลักขององค์กร ความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมด้านการเงิน จะมีการประสานงานกับเครือข่าย และพันธมิตร ได้แก่การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล การส่งตรวจ CT scan การส่งผู้ป่วยทำ Hemodialysis การกำจัดขยะติดเชื้อ ผลลัพธ์ 1.มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอที่ตอบปัญหาในพื้นที่ทุกปี 2.มีกระบวนการติดตามการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน คป.สอ.ทุก 2 เดือน 3. มีการจัดทำแนวทาง กำกับติดตามให้เกิดความปลอดภัยในกระบวนการที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำได้
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ความจำเป็นด้านสุขภาพ	**4**	**D**	- เพื่อให้องค์กรมีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ดังนี้

ความต้องการบริการสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข (1)(2)(3)]			1. การพัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดการป่วยรายใหม่ ในโรค NCD 2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCD ให้มีประสิทธิภาพ 3. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke, STEMI, ให้มีประสิทธิภาพ 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย NCD, stroke, STEMI 5. พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ เพื่อจัดหางบประมาณให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย NCD ผลลัพธ์ มีแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ครบทั้ง 5 ประเด็น	
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก (1)(2)(3)(4)]**	**4**	**A**	- เพื่อให้กิจกรรมที่ตอบสนองต่อการบรรลุเป้าประสงค์จนถึงการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่ผู้ปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ได้ดำเนินการ 1) จัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น 1 ปี โดยให้สอดคล้องกับแผนระยะยาว 5 ปี ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการ ให้แก่ทีมนำต่างๆ แผนกงานและระดับผู้ปฏิบัติ เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการ จัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับกลยุทธ์และปัญหาขององค์กร 2) พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ ลดต้นทุนต่อวันนอนในผู้ป่วยที่มีระยะเวลานอนนาน (palliative) 4) การจัดทำแผน plan fin ประกอบด้วยแผนงานที่ต่างๆ ที่ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ 5) ประเมินความเพียงพอและกำหนดความต้องการของบุคลากร ตามมาตรฐาน และจัดให้มีเวทีพิจารณาเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมในทุกปี เช่น กลุ่มการพยาบาลมีการใช้ Productivity เป็นเกณฑ์ และใช้ FTE ในการประเมินความเพียงพอ ของหน่วยงานต่างๆ มีการวางแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกับกลุ่มโรคสำคัญ 6) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูล เป็น smart hospital	

			ผลลัพธ์ มีโครงการ 28 โครงการที่ตอบสนองตามกลยุทธ์โรงพยาบาล, มีแผนอัตรากำลัง พยาบาล ระยะ 5 ปี ในการให้ทุนพยาบาลเพื่อรองรับพยาบาลที่เกษียณ ลาออก ย้าย, มีแผนการจัดสรรทรัพยากร เช่น แผนจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ประจำปี แผนงบค่าเสื่อม แผนพัฒนาระบบสารสนเทศ แผนการเงินการคลังประจำปี
10. การกำหนดตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้า และการทบทวนแผนปฏิบัติการ [I-2.2ก (5), ข]	**4**	**A**	- เพื่อบรรลุเป้าหมายในการติดตามความก้าวหน้าของแผนกลยุทธ์ 1. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลได้มีการกำหนดเป้าหมายเป็นค่าตัวชี้วัดที่ท้าทายระดับองค์การที่สอดคล้องตามผลลัพธ์ทั้ง 6 ด้านของงาน HAหรืองานคุณภาพและผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อ 4 ยุทธศาสตร์ โดยจัดประชุมคณะกรรมการทีมนำและแผนกงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดค่าตัวชี้วัดของแต่ละระดับ มีการกำหนดเกณฑ์ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดที่ได้มาจากค่าเฉลี่ยผลงานย้อนหลัง 3 ปี (2562-2564) และมีการตั้งค่าที่ท้าทายที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย 3 ปี ร่วมกันกำหนดค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดตั้งแต่ปี 2565-2569 และได้มีการกำหนดแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 4 ระดับ คือ R : Roadmap : ระดับองค์การ , P : Profile : ระดับทีมนำ/คกก./หัวหน้ากลุ่มงาน , U : Unit : ระดับแผนกงาน I : individual : ระดับผู้ปฏิบัติ 2. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล แผนการเงินการคลัง แผนจัดสรรทรัพยากร แผนอัตรากำลัง มีการกำกับติดตามให้มีการรายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาสในที่ประชุมทีมนำทุกแผน ผลลัพธ์ สำหรับปี 2567 พบว่า ความสำเร็จระดับองค์การ (R) โดยรวมผ่านเพียง 26.66% ปี 2568 ความสำเร็จระดับองค์การ (R) โดยรวมผ่านเพียง 26.66% ปี 2568 แผนวัสดุทั่วไป จัดซื้อตามแผน 100% วัสดุการแพทย์ จัดซื้อตามแผน <100% (ตัวแปร : วัสดุการแพทย์คงคลังเหลือ/วัสดุบางรายการมีความต้องการใช้สูง)

			แผนอัตรากำลัง 2568 – 2569 กรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างมีได้ 258 อัตรา โดยพยาบาลวิชาชีพมีได้ 80 อัตรา ลดลง 10 อัตรา ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพ 71 อัตรา สูญเสียอัตรากำลังไปแล้ว ในปีงบประมาณ 2568 1 ราย ปีงบประมาณ 2569 สูญเสียอัตรากำลัง 4 ราย ในปีงบ2569 มีนร.ทุนพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษา 5 อัตรา ปีงบ 70 จบ 3 อัตรา

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีส่วนร่วมของบุคลกรทุกระดับ มีการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและความท้าทาย การสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กรการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติเพื่อการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569 ต.ค.-ธ.ค.
1.มีการควบคุม กำกับ ติดตาม เพื่อให้มีการนำแผนปฏิบัติการและโครงการไปสู่การปฏิบัติจริงได้สำเร็จ	100%	96.3	100	100	100	รอดำเนินการ

2.ผลสำเร็จของตัวชีวัดระดับองค์การ R บรรลุผลเฉลี่ยรวม (15KPI)	≥ 70%	46.66	26.67	26.66	26.66	40.00
3.ร้อยละการติดตามส่งข้อมูลตัวชีวัดเข้าระบบ THIP และวิเคราะห์ผลตัวชี้วัดสำเร็จ ครอบคลุม 5 กลุ่มตัวชี้วัด (อย่างน้อยกลุ่มละ 1 ตัวชี้วัด)	≥ 100 %	NA	60	100	100	100
4. ผลสำเร็จของตัวชีวัดในความท้าทายเชิงกลยุทธ์	≥ 80%	NA	NA	NA	NA	80

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. <u>บริบท</u>

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ แบ่งออกได้ดังนี้ 1) กลุ่มแบ่งตามช่องทางการรับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 2) แบ่งตามสิทธิการรักษา ได้แก่ UC ประกันสังคม ข้าราชการ อปท. ชาวต่างชาติ 3) แบ่งตามสภาวะการเจ็บป่วย เช่น กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม กุมารเวชเวช จิตเวช4) กลุ่มเปราะบาง 5) กลุ่มเสี่ยงต่อการประกอบอาชีพ ความต้องการสำคัญคือการได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย มีมาตรฐาน จากการทบทวนพบว่าการรับฟังและประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และยังคงมีเรื่องร้องเรียน การตอบสนองความคาดหวัง ต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องระยะเวลาการรอคอยและพฤติกรรมบริการ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
11. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)**	4	LI	- เพื่อให้สามารถรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลได้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเพิ่มช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนและข้อเสนอแนะหลายช่องทาง เช่น การให้บริการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง การสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ การติดตั้งกล่องรับความคิดเห็น และการเข้าร่วมประชุมกับส่วนราชการเดือนละ 1 ครั้ง (รวมปีละ 12 ครั้ง) ผลลัพธ์ พบผู้รับบริการส่วนใหญ่มีการสอบถามเกี่ยวกับตารางการ ได้ดำเนินการแก้ไขการ

			ประกาศตารางการให้บริการผ่านเสียงตามสายและผ่านสื่อออนไลน์โดยการและพบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระยะเวลาในการเข้ารับบริการ แผนพัฒนา การแก้ปัญหาระยะเวลารอคอยอยู่ระหว่างการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางเพื่อลดระยะเวลารอคอยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
12. การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและบริการสุขภาพ [I-3.1ข (1)(2)]	3	**L**	- เพื่อกำหนดแผนการตอบสนองความต้องการผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มได้ดำเนินการออกแบบการจัดบริการตรงกับกลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้จัดทำการวิเคราะห์กลุ่มผู้มารับบริการ กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ แบ่งออกได้ดังนี้ 1) กลุ่มแบ่งตามช่องทางการรับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 2) แบ่งตามสิทธิการรักษา ได้แก่ UC ประกันสังคม ข้าราชการ อปท. ชาวต่างชาติ 3) แบ่งตามสภาวะการเจ็บป่วย เช่น กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม กุมารเวชเวช จิตเวช4) กลุ่มเปราะปาง 5) กลุ่มเสี่ยงต่อการประกอบอาชีพ 6) กลุ่มบริการเชิงรุก เช่น ผู้ป่วย IMC ผู้ป่วย LTC ผู้ป่วย palliative องค์กรกำหนดกำหนดกลุ่มผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 1) กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องการรักษาตามมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย ได้แก่กลุ่ม Stroke STIME Sepsis (3S) ต้องได้รับการดูแล Fast track 2)กลุ่มผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มHT DM และCKD ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ แพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัส แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ และแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยกำหนดแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ป่วย 2) มีช่องทางการรับฟังข้อคิดเห็นการบริการ ผลลัพธ์ พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการปี 2567 = 3 ครั้ง ปี 2568 = 3 ครั้ง ปี 2569 = 1 ครั้งพบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนระบบบริการปี 2567 = 9 ครั้ง ปี 2568 = 3 ครั้ง ปี 2569 = 2 ครั้ง กลุ่มผู้ป่วย stroke เข้า Fast track ได้ ปี 2567 =27.07% ปี 2568 =28.31% ปี 2569 =

			41.17% กลุ่มผู้ป่วย STIME เข้า Fast track ได้ ปี 2567-2569 = 100% อัตราผู้ป่วย sepsis ที่ได้รับการรักษาตาม 1 hr. bundle ปี 2567 = 51.85% ปี 2568 = 90.19% ปี 2569 = 79.41% ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน ปี 2567 = 0.42% ปี 2568 = 0 ปี 2569 = 0
13. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการข้อร้องเรียน [I-3.2ก (1)(2)(3)]	**3**	**L**	- เพื่อลดข้อร้องเรียนและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) เพิ่มช่องทางการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการโดยทุกช่องทางจะได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว โดยมีการจัดตั้ง คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียน และไกล่เกลี่ยข้อพิพาท เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ 2) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกหน่วยงานมีจุดบริการติดต่อ-สอบถามที่มองเห็นได้ชัดเจน 2) พัฒนาศักยภาพของทีม โดยส่งบุคลากรเข้าร่วม หลักสูตรการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและการจัดการความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ. 2562 ในช่วงปี 2566–2568 ผลลัพธ์ ผู้ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล(ม41)จำนวน 5 ราย และสามารถ ดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนได้ครบ 100%ปี 2569 ไม่พบข้อร้องเรียน
14. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.2ข (1)(2)]	**3.5**	**L**	- เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังแก่ผู้รับบริการ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) เพิ่มช่องทางแสดงความคิดเห็นทางการติดต่อสื่อสาร ผ่านทางสื่อ social ต่างๆ ทุกช่องทาง 2) เผยแพร่ข้อมูลการให้บริการ คุณภาพการบริการสู่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอ 3)จัดตั้งทีมรับเรื่องร้องเรียนเพื่อตอบสนองอย่างทันท่วงที และจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในแต่ละกลุ่มงาน เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ผลลัพธ์ความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่านเกณฑ์ร้อยละ90

15. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]	**4**	**L**	**- เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายและไม่เกิดการละเมิดสิทธิ์ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) สร้างความตระหนักและส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในทุกกลุ่ม โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวอย่างทั่วถึง รวมถึงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกคนให้เข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางการเคารพสิทธิผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีการประชาสัมพันธ์สิทธิของผู้ป่วยให้ทราบอย่างทั่วถึง โดยติดป้ายประกาศสิทธิผู้ป่วยในทุกจุดบริการ 2)การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ. ได้ดำเนินการดังนี้ 1) จัดทำแนวทางปฏิบัติต่างๆ เช่น แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดลำดับความรุนแรงผู้ป่วย การให้บริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ พระภิกษุ เด็ก การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย กลุ่ม OSCC การรักษาความลับผู้ป่วยในระบบเวชระเบียน 2) ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลที่เพียงพอต่อการเจ็บป่วย การตรวจการรักษา ผลดีและผลเสียจากการรักษาและดำเนินการให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเข้ารับการรักษาหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ ยังมีคณะกรรมการ Palliative Care ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุม ผลลัพธ์ ปี 2567-2569ไม่เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแล 100%**

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- **พัฒนาบุคลากรในด้านพฤติกรรมการบริการ เพื่อลดข้อร้องเรียน**

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี 2569 ต.ค.-ธ.ค.
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	90	95.98	93.73	93.52	92.08	97.45
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	90	96.62	91.8	97.78	97.36	91.50
ร้อยละความพึงพอใจการบริการเชิงรุกในชุมชน	90	93.12	96.15	95	96	94.12
จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-4.1 องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

I-4.2 องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

i. <u>บริบท</u>

ทีมบริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนดำเนินงานด้านการวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์เข็มมุ่ง วิสัยทัศน์ และเชื่อมโยงกับทุกพันธกิจ ร่วมกันผลลัพธ์การดำเนินการ ตามมาตรฐานสำคัญเป็นต่อความปลอดภัย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/ การแก้ไขปัญหาภัยสุขภาพ ด้าน บุคลากร และกระบวนการทำ งานที่สำคัญ การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าผ่านที่ประชุมทีมนำ จากการทบทวนพบว่าผลงานบางด้านยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ซึ่งยังต่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]**	**3**	**L**	- เพื่อให้มีข้อมูลตัวชีวัดและสารสนเทศใช้ในการติดตามความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ขององค์กรได้ดำเนินการ1)ถ่ายทอดตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติ องค์กรร่วมกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญที่มุ่งตอบสนอง 2 ประเด็น คือมุ่งตอบสนองและประเมินผลงานตามยุทธศาสตร์ขององค์การที่กำหนด 4 ด้าน และมุ่งตอบสนองและประเมินผลตามผลลัพธ์ 6 ด้านของงานคุณภาพ กำหนดให้มีการสรุปและรายงานผลและร่วมวิเคราะห์ ปัญหาและแนวทางปฏิบัติ ข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญผ่านที่ประชุมคณะกรรมการทีมนำ QLT ทุกเดือน 2)มีการเลือกใช้โปรแกรม THIP สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด เพื่อการพัฒนา โดยการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กรที่สอดคล้องกับ 5 กลุ่มบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบ

			สารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลอื่น 3) นำผลจากการติดตามตัวชี้วัด แนวโน้มผลลัพธ์มาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ผู้ป่วย STEMI ผู้ป่วย NCD ผู้ป่วยติดเชื้อที่สำคัญ ผลลัพธ์ในปี 2568 มีตัวชี้วัดโปรแกรม THIP ทั้งหมด 35 ตัว มีตัวชี้วัดทั้งหมด 7 ตัว ที่ผลงานมีแนวโน้มลดลง เช่น การตกเลือดหลังคลอด อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งต้องดำเนินการพัฒนาต่อ
17. การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]	**3**	**L**	- เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของผลการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมาเพื่อประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จรวมทั้งวิเคราะห์เทียบเคียงกับโรงพยาบาลระดับเดียวกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปสู่การวางแนวทางพัฒนาร่วมกันอย่างเป็นระบบ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่นร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัว จากการเปรียบเทียบข้อมูลกับกลุ่มโรงพยาบาลระดับ **F**2 ด้วยกัน ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแนวทางการดูแลผลลัพธ์ มีการนำผลงานมาทบทวนและปรับปรุงแนวทางดูแลผู้ป่วย
18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]	**3**	**L**	- เพื่อให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ได้ดำเนินการ 1) มีการติดตั้งโปรแกรมสแกนไวรัสในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดภายในองค์กร 2) มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของโปรแกรม HIS และมีการกำหนดรหัสผู้ใช้งานและรหัสผ่านในการใช้งาน ระบบรายบุคคล 3) มีระบบการป้องกันความลับของข้อมูล กรณีผู้ป่วย HIV หรือกรณีคดีฉกรรจ์ โดยการกำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลและมีการแยกเก็บเอกสาร

			เพื่อทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ ได้ดำเนินการ 1) มีการติดตั้งระบบ Firewall เพื่อความปลอดภัยของระบบ 2) การจัดการโครงข่ายสำรองภายใน โดยใช้ Fiber Obtic เพื่อความเสถียร 3) มีการ Fix IP และสาย LAN เพื่อจำกัดการเข้าถึงระบบ Wifi โรงพยาบาล มีการกำหนด รหัสและรหัสผ่านบุคคลในการเข้าใช้งานในระบบ HIS ภายในโรงพยาบาลหนองบัว - เพื่อให้การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย ได้ดำเนินการ 1) มีการสร้างกลุ่มไลน์ของสมาชิกบุคลากรของแผนกงานต่างๆ มีการประสานงานและจัดส่งข้อมูลกันภายใน กลุ่มไลน์ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการดำเนินงาน สำหรับข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย เช่น การระบุชื่อ-สกุล , ที่อยู่ อาการป่วย , ภาพถ่ายผู้ป่วยหรือข้อมูลความลับที่ต้องปกปิด จะดำเนินการจัดส่งให้กันเป็นการส่วนตัว โดยที่ผู้อื่นหรือ สมาชิกในกลุ่มไลน์ไม่สามารถรับรู้ถึงข้อมูลได้ และจะลบข้อมูลออกจากไลน์ทุกครั้งเมื่อดำเนินงานเสร็จ - เพื่อให้มีแหล่งรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนให้ทีมต่างๆ ได้มีข้อมูลที่ถูกต้องในการพัฒนาคุณภาพ ได้พัฒนาแหล่งข้อมูลข่าวสารผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ของหน่วยงาน เพื่อการเข้าถึงข้อมูลและความรู้สาธารณสุขที่สำคัญสำหรับบุคลากรทุกระดับ ผลลัพธ์ ไม่พบการสูญหายของข้อมูลและไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดระบบเครือข่ายสารสนเทศล่ม แผนพัฒนา พัฒนากระบวนการตรวจสอบข้อมูลและระบบการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์	
19. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ข]**	**3.5**	**L**	- เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการของบุคลากรภายในองค์กร จึงได้ดำเนินการ 1)จัดให้มีการประชุมวิชาการ รายเดือนและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง โดยกำหนดให้ทุกแผนกงานต้องคิดเรื่องงานวิชาการและหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพในการจัดบรรยายวิชาการรายเดือนและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมกำหนดให้ทุกแผนกงานต้องส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม	

			ให้ครอบคลุมทุกแผนกงานและวิชาชีพ 2) จัดให้มีระบบอินเตอร์เน็ตไว้ใช้ทุกแผนกงานเพื่อสืบค้นหาข้อมูลทางวิชาการ 3) สนับสนุนให้บุคลากรในทุกระดับได้รับฝึกการอบรมและพัฒนาทักษะความรู้ของวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะหลักสูตรที่พัฒนาบุคลากรเพื่อการดำเนินงานตามทางยุทธศาสตร์ และกำหนดให้บุคลากรทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาความรู้ตามแผน HRD อย่างน้อย 10 กิจกรรมต่อปี -เพื่อให้มี Good Practice และขยายผล หน่วยงานเทคโนโลยีฯของโรงพยาบาลหนองบัวได้ดำเนินการ 1) จัดทำวิชาการรายเดือนในเรื่องของการสอนให้บุคลากรขององค์กรเรียนรู้การจัดเก็บข้อมูลแบบ Google Drive โดยมีวัตถุประสงค์ในการรายงานผลและการจัดหมวดหมู่ของระบบข้อมูล ป้องกันการสูญหายของข้อมูล -เพื่อทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กรและเพื่อให้มีการสร้างความรู้ฝังลึกในตัวบุคคลอย่างยั่งยืน องค์กรจึงได้ดำเนินการ 1) กำหนดให้ทุกแผนกงานดำเนินงานตามแนวทางกระบวน 3 P กับงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ 2)มีการจัดประชุมวิชาการรายเดือนและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 3) มีการจัดเก็บไฟล์เอกสารงานคุณภาพและเผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลหนองบัว เพื่อง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว ผลลัพธ์ อัตราการเข้าใช้บริการคลังความรู้ ปี 2569 = 300 ครั้ง/ปี ร้อยละความพึงพอใจของการใช้บริการคลังความรู้ ปี 2569 = 92.43 %

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ
- เอกสารเวชระเบียนแบบอิเลคโทนิคที่มีการกำหนดมาตรฐานรักษาความปลอดภัย
- การกำหนดสิทธิเข้าถึง ข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Hos.xp.

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี 2569 ต.ค.-ธ.ค.
1.ร้อยละการติดตามส่งข้อมูลตัวชีวัดเข้าระบบ THIP และวิเคราะห์ผลตัวชี้วัดสำเร็จ ครอบคลุม 5 กลุ่มตัวชี้วัด (อย่างน้อยกลุ่มละ 1 ตัวชี้วัด)	≥ 100 %	NA	NA	60	100	100
2.การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล HDC แฟ้ม Person	≥ 95 %	93.3	100	100	100	100
3.จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดระบบเครือข่ายสารสนเทศของโรงพยาบาลหนองบัวล่ม	0	0	0	0	0	0
4.อัตราการสำรองข้อมูลสารสนเทศของระบบลง Server สำรองทุกวัน	100 %	100	100	100	100	100
5. อัตราการเข้าใช้บริการคลังความรู้	1,200 ครั้ง/ปี	NA	NA	NA	NA	300
6.ร้อยละความพึงพอใจของการใช้บริการคลังความรู้	≥ 90 %	NA	NA	NA	NA	92.43

I-5 บุคลากร

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
I-5.1 องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.
I-5.2 องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

i. <u>บริบท</u>

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรโดยได้มีการจัดทำแผนบุคลากร ทบทวนการกำหนด หน้าที่ความรับผิดชอบ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ของบุคลากรแต่ละ ตำแหน่ง/ระดับให้สอดคล้องกับการกระบวนการสำคัญ ปรับปรุงแนวทางการปฐมนิเทศโดยทีม HR บริหารอัตรากำลังให้เพียงพอ ประเมินชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร สนับสนุนการทำงานสวัสดิภาพของบุคคลากรให้มีความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่ พัฒนาศักยภาพบุคลกร และมีการติดตามประเมินผล จากการทบทวนพบว่าปัญหาที่สำคัญด้านการบริหารบุคลากร คือ อัตรากำลังไม่เพียงพอ การตรวจสุขภาพบุคลากร ขาดการนำผลการตรวจมาวิเคราะห์สร้างกิจกรรมหรือโครงการที่ตอบสนองต่อผลการตรวจ และดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพบุคลากร ด้านชีวิตและความเป็นอยู่พบภาวะหมดไฟและภาวะซึมเศร้า การประเมินความผูกพันต่อองค์กรให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานส่วนในด้านอื่นๆได้มีการทบทวนผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ และนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลใหม่ และทำ roadmap ให้ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี ของโรงพยาบาล

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
20. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร [I-5.1 ก]**	**3.5**	**L**	- เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนการกำหนดคุณลักษณะของบุคลากร (job description) 2) มีการประเมินผลการดำเนินงานและสมรรถนะบุคลากร โดยกำหนดตัวชี้วัดตามบริบท เช่น ตัวชี้วัดตามนโยบาย ปริมาณ / ลักษณะงาน ระเบียบราชการ โดยผู้รับการ

			ประเมิน ต้องได้รับการชีแจงเกณฑ์ การประเมินผลและสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้ 3) ปรับปรุงแนวทางการปฐมนิเทศโดยHR และทีมนำทางคลินิก 4) มีการวางแผนอัตรากำลังระยะยาว เพื่อรองรับการทดแทนบุคลากรที่เกษียณอายุราชการ รวมทั้งจัดทำแผนการอบรมและพัฒนาศักยภาพสำหรับหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ และความพร้อมในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร ผลลัพธ์ บุคลากรทุกระดับได้รับการทบทวนการกำหนดคุณลักษณะและผลการประเมินสมรรถนะผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด แผนพัฒนา การบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน
21. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร [I-5.1ข]	**4**	**L**	- เพื่อบรรลุเป้าหมายในการทำงานและส่งเสริมสวัสดิภาพของบุคลากร องค์กรได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ ดังนี้ 1) มีการจัดสรรเครื่องมือ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ดำเนินการซ่อมบำรุงเครื่องมืออย่างต่อเนื่อง และจัดทำแผนการจัดซื้อเพื่อให้เครื่องมือและอุปกรณ์เพียงพอพร้อมใช้งานอยู่เสมอ 2)การกำกับชั่วโมงการทำงาน มีการกำกับดูแลชั่วโมงการทำงานและจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน 3)สิทธิประโยชน์และการพัฒนาบุคลากร องค์กรให้การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายอย่างครบถ้วน เช่น การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน การดำเนินการชดเชยกรณีบุคลากรได้รับบาดเจ็บหรือติดเชื้อจากการทำงาน รวมถึงการประเมินสมรรถนะของบุคลากร และการจัดทำแนวทางพัฒนาในกรณีที่พบปัญหา ผลลัพธ์ไม่พบปัญหาด้านสิทธิประโยชน์ของบุคลากร
22. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร [I-5.1 ค]**	**4**	**L**	- เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร องค์กรได้ดำเนินการในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านบุคคล ได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีแก่

			บุคลากรทุกคน รวมถึงการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของแต่ละกลุ่มงาน มีการจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) อย่างเพียงพอ พร้อมทั้งจัดอบรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกวิธีให้แก่บุคลากรทุกคน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย 2) จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงในเจ้าหน้าที่ 3) ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ประจำหน่วยงานที่ผ่านการอบรมด้านชีวอนามัย มีการประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามเกณฑ์ Healthy Workplace และ Green & Clean Hospital อย่างต่อเนื่อง รวมถึงดำเนินการปรับปรุงห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อให้ได้มาตรฐานและปลอดภัยต่อบุคลากร ผลลัพธ์ 1) ผ่านการการประเมิน Green & Clean Hospital ระดับท้าทายด้านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 2) อัตราบุคลากรที่บาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน ≤ 5% ปี2567 = 3.04% ปี 2568 = 3.4% ปี 2569 =0.83 % 3) จำนวนบุคลากรติดเชื้อจากกการทำงาน ปี 2567 = 1 ราย ปี 2568 = 0 ราย ปี 2569 = 0 ราย 4) ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการมีผลของBMI และรอบเอวลดลง 40% ปี2567 = 45.45%, ปี2568 =52.94 ปี 2569 = อยู่ระหว่างดำเนินการ
23. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร [I-5.1ง]	**3.5**	**L**	- เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ทีมทรัพยากรบุคคล (HR) ได้นำผลการประเมิน Mental Health Check-in ประจำปี 2567–2568 มาวิเคราะห์และจัดทำแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม รวมถึงดำเนินการด้านการจัดการภาวะความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) โดยมีการเฝ้าระวังและติดตาม

			เจ้าหน้าที่ที่อยู่ในกลุ่มเสียงต่อภาวะหมดไฟและภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด 2) จัดทำโครงการองค์กรสร้างสุข 3) จัดทำโครงการ OD 4) ปรับปรุงสภาพบ้านพักให้อยู่ในสภาพดีและเอื้อต่อการพักผ่อน ผลลัพธ์ ปี 2568 ผลการประเมิน Mental Health Check-in พบว่าจำนวนผู้ตอบแบบประเมิน 153 รายพบภาวะ burn out 10 รายประเมินความเครียดระดับมาก 2 รายมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 15 ราย แนวโน้มโรคซึมเศร้า 10 รายและมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 รายสรุปผลต้องติดตามโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 11 รายได้ประเมินซ้ำและให้คำปรึกษาพบว่าดีขึ้นทั้งหมด 11 รายไม่มีแนวโน้มโรคซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2569 อยู่ระว่างดำเนินการ
24. ความผูกพันและวัฒนธรรมองค์กร [I-5.2ก, ข]	**3.5**	**L**	- เพื่อให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี และมีความผูกพันกับองค์กร ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ประเมินระดับ ความผูกพันต่อองค์กร ในกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการลาออกสูงที่สุด 2)จัดกิจกรรมส่งเสริมความผูกพันในองค์กร ผลลัพธ์ อัตราความผูกพันต่อองค์กร ปี 2567 = 79.6% ปี 2568 = 81.33% ปี 2569 = 75.44% แผนพัฒนา ขยายการประเมินความผูกพันต่อองค์กรให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์สาเหตุและวางแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจ ความมั่นคง และแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรให้มากยิ่งขึ้น
25. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร[I-5.2ค]**	**3**	A	- เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติงานส่งผลให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี ได้ดำเนินการดังนี้ 1) จัดให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยหัวหน้าหน่วยงาน และนำผลการประเมินเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการในขั้นสุดท้าย 2) จัดทำแผนการอบรมและพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยยึดตามกรอบ **Service Plan** ของจังหวัด

			เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 3) ส่งเสริมให้ทีมนำการดูแลผู้ป่วยฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการดูแล ผู้ป่วยเสี่ยงสูง ทักษะในการทำหัตถการเสี่ยงสูง 4) ติดตามความก้าวหน้าผ่านที่ประชุมทีมนำ 5) เตรียมความพร้อมคนที่จะก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ผลลัพธ์ เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงมีความรู้ผ่านเกณฑ์ มีแผนการดำเนินการจัดการความก้าวหน้าและเตรียมผู้นำในอนาคต

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความปลอดภัยในการทำงาน

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

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี 2569 ต.ค.-ธ.ค.
ร้อยละความสุขของบุคลากร	>60 %	62.88	62.88	NA	NA	รอดำเนินการ
อัตราความผูกพันต่อองค์กร	>80 %	65.21	65.21	79.6	81.33	75.44
ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	>90 %	92.72	97.36	98.31	96.17	รอดำเนินการ
ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน	0	0.87	0	0.42	0	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงานที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100%	100	100	100	100	0
บุคลากรประเมิน mental health check in / Happinometer	100%		65.81	NA	52	รอดำเนินการ
อัตราบุคลากรที่มีผลการประเมินความเครียดลดลง	>70%	NA	NA	NA	70	รอดำเนินการ
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการนอกและใน	90%	95.4	92.77	95.81	94.19	94.47
จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ	0	0	2	0	1	1
ความพึงพอใจของบุคลากร	85%	80.6	80.6	84.6	81.33	77.13
ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการมีผลของ BMI และรอบเอว ลดลง	ลดลง 40%	39.6	36	45.45	NA	รอดำเนินการ

I-6 การปฏิบัติการ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

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

I-6.2 องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

i. <u>บริบท</u>

องค์กรฯได้มีการออกแบบระบบและปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน การจัดการระบบสารสนเทศ เตรียมความพร้อมรับภาวะภัยพิบัต เพื่อให้การให้บริการ และกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี องค์กรได้มีทบทวนกระบวนการคัดเลือกผู้ส่งมอบ การประเมินผู้ส่งมอบแต่ละราย และมีกระบวนการควบคุมภายในการกำกับติดตาม เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ผลคือได้สินค้าที่มีคุณภาพ ทันเวลา แต่ยังพบปัญหาการตามจ่ายหนี้คงค้าง เป็นระยะเวลานาน อาจจำให้ส่งผลต่อการส่งมอบสินค้าล่าช้า เช่น ยา ด้านระบบสารสนเทศห้องแม่ข่าคอมพิวเตอร์ยังไม่ได้มาตรฐาน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]**	**4**	**L**	-เพื่อให้การบริการและกระบวนการทำงานมีประสิทธิผลได้ดำเนินกำหนดตัวชีวัดและปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สำคัญดังนี้ 1) การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น COPD และ Asthma เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีการจัดทำระบบ Med Record Sign เพื่อช่วยลดการจ่ายยาซ้ำ 2) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม NCD เพื่อลดการตรวจ Lab ซ้ำ นอกจากนี้ยังมีการนำระบบ Telemedicine มาใช้ในการติดตามและให้คำปรึกษาผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ รพ.สต. ในพื้นที่ สำหรับผู้ที่มีผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีบริการ Health Rider ส่งยาถึงบ้าน เพื่อช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล 3)พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มIMC โดยการเพิ่มสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) อบรมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางภาคีเครือข่าย ปรับปรุงความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยม ผลลัพธ์ 1) ผู้ป่วย NCD ที่ได้รับการดูแลและส่งต่อกลับพื้นที่ ยังคงมีผลลัพธ์การควบคุมโรคอยู่ในระดับ Good Control อย่างต่อเนื่อง 2) ร้อยละผู้ป่วย HT DM เข้ารับบริการระบบ Telemedicine เพิ่มขึ้น 10 % ปี2567 = NA, ปี2568 = 85.6% ปี 2569 = -116.0 % 3) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้รับการอบรม 1ครั้ง/ปี ปี2567 = 100%, ปี2568 = ไม่ได้เข้ารับอบรม ปี 2569 = อยู่ระหว่างดำเนินการ 4) ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ 100% ปี2567=100%, ปี2568 = 100% ปี 2569 = 100 %
27. การจัดการเครือข่ายอุปทาน [I-6.1ค]	**3**	**L**	-เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิผลและต่อเนื่อง ทีมนำได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่พัสดุประจำกลุ่มงานต่างๆประเมินและเลือกผู้ส่งมอบที่มีคุณภาพเองภายใต้ระเบียบพัสดุที่กำหนด ทำให้ได้สินค้า วัสดุ ยา ที่มีคุณภาพตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน โดยกำหนดข้อตกลง เงื่อนไขการจัดซื้อ การตรวจสอบมาตรฐานสินค้า การสะท้อนปัญหาให้ผู้ขายหรือผู้ส่งมอบปรับปรุง จากการ

			ทบทวนพบว่า จัดซื้อสารเคมีที่ใช้ในการซักผ้าที่ไม่มีฉลากบ่งชี้ส่วนประกอบสำคัญ จึงได้ดำเนินการทบทวนนโยบาย green and clean และทบทวนแนวทางการจัดซื้อ-จัดจ้าง ผลลัพธ์ ไม่พบปี 2567-2569 อุบัติการณ์ได้รับสินค้า ไม่ตรงความต้องการ พบการส่งมอบสินค้าล่าช้า เช่น ยา จากการทบทวนพบปัญหาการตามจ่ายหนี้คงค้างเป็นระยะเวลานาน แผนพัฒนา ทบทวนการบริหารการเงินการคลัง
28. การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]	**3**	**L**	-เพื่อพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น องค์กรได้ดำเนินการดังนี้ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพ จากนั้นได้นำองค์ความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้บริการผ่านระบบ Telemedicine, การจัดส่งยาโดย Health Rider, นำความรู้ โรงเรียนเบาหวานมาใช้ใน DM remission clinic เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลลัพธ์ มีการให้บริการผ่านระบบ Telemedicine ปี 2568 = 132 ราย ปี 2569 = 61 ราย และมีการให้บริการผ่านระบบ Health Rider ปี 2567 = 474 ราย ปี 2568 = 907 ราย ปี 2569 = 227 ราย ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ(DM remission)ต่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมNCDs remission ปี 2568 = 7.14 %
29. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล [I-6.1จ]	**3**	**L**	-เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม ได้ดำเนินการ 1)การจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาและได้เรียนรู้ฝึกทักษะตามข้อกำหนดของหลักสูตร เช่น หลักสูตรการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น Basic CPR ในชุมชน หลักสูตรทันตแพทย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น 2) มีระบบการกำกับติดตามดูแลสำหรับนักศึกษา ผู้รับการฝึกอบรม เช่น มีระบบพี่เลี้ยง ระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการฝึกปฏิบัติ 3) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาโดยใช้แบบฟอร์มของสถาบัน 4) สร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่

			นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม โดยการให้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและและความปลอดภัย เช่น การอบรม ESB ผลลัพธ์ การฝึกอบรมตรงตามตารางและเนื้อหาหลักสูตร ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย
30. การจัดการระบบสารสนเทศ [I-6.2ข] **	**3**	**LI**	-เพื่อทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล ด้านการรักษาความลับคนไข้ ทีมได้วางระบบจำกัดการเข้าถึงข้อมูลแบ่งเป็นระดับต่างๆ เพื่อง่ายต่อการควบคุมกำกับติดตาม 2) มีแนวทางดูแลความมั่นคงปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ 3) วางระบบป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ จากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ทำมาตรฐานความปลอดภัยทางไซเบอร์ 4) กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยระบบบริการการแพทย์ทางไกล มีการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องโดยการบันทึกรูปภาพระหว่างการรักษา 5)ทบทวนมาตรฐานการจัดการห้องคอมพิวเตอร์ ผลลัพธ์ ไม่พบการรั่วไหลของข้อมูลที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร การปรับปรุงห้องคอมพิวเตอร์แม่ค่ายให้ได้ตามมาตรฐานตามเกณฑ์การประเมิน iso 2007 อยู่ระหว่างดำเนินการ
31. ความพร้อมสำหรับภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินต่างๆ [I-6.2ค]**	**3.5**	**L**	-เพื่อเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆโดยใช้ business continuity management ผลลัพธ์ มีแผนความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ ครบทุกแผนก

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางโลกไซเบอร์

- ระบบการจัดการเครือข่ายอุปทาน

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ] [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านเครือข่ายอุปทาน เพื่อทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569 ต.ค.-ธ.ค.
จำนวนอุบัติการณ์เกิดซ้ำที่มีความรุนแรงระดับ E-I หรือระดับ 4-5	0	2	9	3	1	0
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	100	100	100	90	100	100
ร้อยละเรื่องร้องเรียนไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้ถูกเข้าสู่กระบวนการแก้ไข	0	0	0	0	0	0
จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ(การชดใช้ ม. 41)	0	2	2	1	2	0
ระดับวิกฤติทางการเงินโรงพยาบาลหนองบัว	0	0	0	1	0	0
ผลการตรวจประเมิน โครงสร้างและความปลอดภัยของอาคาร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	รอประเมิน
จำนวนการซ้อมแผนโต้ตอบสถานการณ์ฉุกเฉินอุทกภัย อัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	รอดำเนินการ

ผลการตรวจค่า BOD	≤20มก./ล	4	10	9.9	5.7	10.3
ร้อยละผู้ป่วย HT DM เข้ารับบริการระบบ Telemedicine เพิ่มขึ้น	10 %	NA	NA	NA	85.6	-116.0
ผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพ	≥60%	84.62	84.21	100	100	100
อุบัติการณ์ขาดแคลนเวชภัณฑ์ และยาจำเป็นฉุกเฉิน	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์ได้รับสินค้า ไม่ตรงความต้องการ	0	0	0	0	0	0
ห้องคอมพิวเตอร์แม่ค่ายให้ได้ตามมาตรฐานตามเกณฑ์การประเมิน iso – 27001	≥ 60%	NA	NA	50	45	รอการประเมิน