



คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน
โรงพยาบาลศีลาลาด

อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2022 มีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ที่มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 และเพื่อการรายงานประเมินตนเองที่กระชับและตรงประเด็นมากขึ้น และเป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลในการมองเห็นตนเองและโอกาสในการพัฒนา ร่วมกัน ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ในการบริหารโรงพยาบาล

การปรับปรุงที่สำคัญโดยลดหัวข้อที่มีความซ้ำซ้อน ปรับลำดับการเขียนแบบประเมิน และการปรับคำถามในส่วนกระบวนการเพื่อตอบเป้าหมายของมาตรฐานได้ชัดเจนมากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที คณะกรรมการสถาบันประกาศ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ และเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) และสร้างความมั่นใจในการธำรงระบบคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสามารถสังเกตสัญลักษณ์ * เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) และสัญลักษณ์ ** ในข้อที่ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์หลัก (core criteria for sustainability)

รายงานการประเมินตนเองฉบับ 2022 ประกอบด้วยมาตรฐานตอนที่ I, II, III, และ IV สำหรับการรายงานประเมินตนเองแต่ละหมวดประกอบด้วย 4 ส่วน คือ i) บริบท ii) ประเด็น การพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap iii) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ iv) ผลลัพธ์ของบทนั้น

i) บริบท

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญขององค์กรที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ การดำเนินงานและการประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐานในแต่ละบท ครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญขององค์กร

ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap

สามารถยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) เพื่อสะท้อนให้เห็นการพัฒนาตามมาตรฐานหรือเพื่อบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานในแง่มุมต่างๆ ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อสรุปการดำเนินงานโดยการมองอย่างรอบด้านและใช้ข้อกำหนดของมาตรฐานเพื่อหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม คู่ขนานไปกับการประเมินตนเองและให้คะแนนในแต่ละข้อกำหนดของมาตรฐานตาม Scoring guideline ในแต่ละบทจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุม ประเด็นที่สำคัญ ¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่ สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

¹ ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์การพัฒนาและหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม อีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการสอดคล้องกับการให้คะแนน เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่สะท้อนให้เห็นการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline โดยการเขียนประเด็นการพัฒนาสอดคล้องกับข้อกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถประมวลความคิดเพื่อตอบ SAR ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

V: คุณค่าและผลลัพธ์ (value) คือ คุณค่า/ประโยชน์ที่ผู้รับผลงานได้รับคืออะไร แสดงด้วยข้อมูลอะไร ผลเป็นอย่างไร

R: ความเสี่ยง (risk) คือ ความเสี่ยงสำคัญคืออะไร มีการออกแบบหรือมาตรการในการป้องกันอย่างไร

G: การปฏิบัติที่ดี (good practice) คือ แนวทางการปฏิบัติที่ดี การใช้วิธีการใหม่ๆ ในการทำงานที่ได้ผล (นวัตกรรม) มีอะไรบ้าง

D: ความหลากหลาย (diversity) คือ ความหลากหลายของสถานการณ์มีอะไรบ้าง มีแนวทางตอบสนองอย่างไร มีแนวทางในการลดความหลากหลายของการปฏิบัติของบุคลากรแต่ละคนอย่างไร

I: บูรณาการ (integration) คือ มีการเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ ระบบงาน วิชาชีพ หน่วยงาน องค์กร ต่างๆ อย่างไร มีความพยายามที่จะทำให้เกิดการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างไร

S: จิตวิญญาณ (spiritual) คือ มีการใช้มิติจิตวิญญาณ/แนวคิดสุขภาวะทางปัญญา ในการทำงานอย่างไร

K: ความรู้ (knowledge) คือ มีการสร้างความรู้จากการทำงานอะไรบ้าง

ประเด็นที่จะเป็นแผนพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐาน
 - Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
 - Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
 - การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย Scoring guideline
 - ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ

iii) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนายู่แล้ว

iv) ผลลัพธ์ของบทนี้

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาในการคัดเลือกตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ตัวชี้วัดที่ตรงตามเป้าหมาย/ประเด็นสำคัญของของมาตรฐาน
- 2) ตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูง โดยวัดแล้วใช้ประโยชน์ได้ ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่เป็นของโรงพยาบาล
- 3) ตัวชี้วัดที่น่าเชื่อถือ
- 4) ตัวชี้วัดที่ก้าวข้ามตัวชี้วัดพื้นฐานที่ควรปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่
- 5) ตัวชี้วัดที่มีการใช้หรือยอมรับในระดับสากล

และในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล รวมทั้งสถาบันได้จัดทำรายการตัวชี้วัดที่เป็น Suggested Indicators เพื่อเป็นแนวทางและตัวอย่างให้สถานพยาบาลได้ใช้พิจารณาในการเลือกระบุในแบบประเมินตนเองและสร้างการเรียนรู้ร่วมกับทีม ดังตารางทำายเอกสารแบบประเมินตนเอง โดยมีได้บังคับว่าต้องใช้ตัวชี้วัดดังกล่าว และมีเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อกำหนดหรือเลือกตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ตัวชี้วัดที่มีผลต่อการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล: เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร
- 2) ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ/ผลกระทบสูงต่อการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล (organization relevance)
- 3) ตัวชี้วัดที่เป็นการรวบรวมข้อมูลระดับประเทศ เพื่อสะท้อนภาพรวมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทย

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน ii) ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนายู่แล้ว กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน ii)

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศีลาลาด

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว (ให้เช็ค ✓ ก่อนส่งสรพ.)
การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	✓
การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (1)	✓
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน	มาตรฐาน I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร ค. สุขภาพความปลอดภัยของบุคลากร (1)(i)(ii) มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (5)	✓
การเกิด Medication error และ Adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3)	✓
การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	✓
การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ค. การเข้ารับบริการ (entry) (5)	✓
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4)	✓
การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	✓ รพ.ศีลาลาด ไม่มีบริการ II-7.3 II-7.5
การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (4)	✓

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

I-1 การนำ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

I-1.1 ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

I-1.2 องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่โปร่งใสให้สังคม

i. บริบท

สรุปข้อมูลสำคัญ สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา ความเสี่ยง และโอกาสพัฒนาที่สำคัญที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)

โรงพยาบาลศิลาลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับทุติยภูมิ (S) ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการด้านสุขภาพทั่วไปทุกสาขา ซึ่งลักษณะของโรคไม่รุนแรงหรือซับซ้อน ถ้าเกินศักยภาพในการรักษาพยาบาล จะส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งเป็นแม่ข่าย และมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน ทันตแพทย์ 2 คน เกษัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 30 นักวิชาการสาธารณสุข 8 คน และบุคลากรอื่นๆ 56 คน รวมมีบุคลากรทั้งสิ้น 106 คน มีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน 19,611 คน สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ 63 กิโลเมตร สภาพภูมิศาสตร์ทั่วไปเป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีวิถีชีวิตความเป็นชนบท ไม่มีตลาดสด มีธนาคารเพื่อการเกษตร 1 แห่ง การคมนาคมระหว่างตำบล หมู่บ้าน ด้วยรถส่วนบุคคล

วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน บริการเป็นเลิศ ประชาชนสุขภาพดีและเจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ

1. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพ
2. ส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการสร้างสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย
3. พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยยึดหลักการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ค่านิยม “H-SILA”

H: Humanized health care = การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

S: Safety = การดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย

I: Integrate = บูรณาการ

L: Learning = องค์กรแห่งการเรียนรู้

A: Achievement = มุ่งผลสัมฤทธิ์

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การชี้แจงองค์กร โดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก(1)(2)(3)]	3	L	<p>เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาการนำองค์กร ได้มีการดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้นำระดับสูงและทีมนำต่าง ๆ ได้ทบทวนพันธกิจและวิสัยทัศน์ ค่านิยมแบบมีส่วนร่วมและถ่ายทอดให้บุคลากรโดยการประชุม ตัดประกาศ และได้ประเมินการรับรู้ ในวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลโดยการสุ่มถามและนำไปจัดทำแผนการปฏิบัติงานให้สอดคล้องเพื่อบรรลุเป้าหมาย โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการบริการแบบบูรณาการตามมาตรฐาน HA, QA, LA, มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ PMQA ,ยุทธศาสตร์จังหวัด, พชอ. เป็นต้น โรงพยาบาลมีการกำหนดระเบียบปฏิบัติครอบคลุมประเด็น ระเบียบปฏิบัติงาน การแต่งกาย การร่วมพิธีการสำคัญทางราชการ ผู้นำเป็นต้นแบบในการบริหาร การพัฒนาองค์กร และการบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลมีนโยบายและมุ่งมั่นในการทำงานเป็นทีม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและทีมนำต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและการจัดกระบวนการในการทำงาน มีคณะกรรมการต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการ คปสอ.ศิลาลาด, คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, คณะกรรมการ HA, คณะกรรมการที่มคุณภาพต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ ในและนอกโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีผู้อำนวยการเป็นผู้นำด้านการพัฒนาร่วมกับทีม <p>ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลศิลาลาดมีตัวชี้วัดที่ผ่านค่าเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นและปี2567 ได้ลำดับที่ 10 ของการ Ranking ในระดับจังหวัด</p> <p>แผนพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสริมการเรียนรู้การนำค่านิยม/วิสัยทัศน์ขององค์กรแก่บุคลากรใหม่และเน้นย้ำความเข้าใจอย่างทั่วถึง -พัฒนาการประเมินสมรรถนะผู้นำในทุกระดับ
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข] **	3	L	<p>เพื่อให้เกิดความผูกพันในองค์กร ได้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้นำมีนโยบายและเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับแสดงศักยภาพในการเป็นส่วนหนึ่งของทีมนำเพื่อพัฒนาคุณภาพ มีกิจกรรมส่งเสริมความผูกพันขององค์กร เช่น กิจกรรมกีฬา กิจกรรม5ส กิจกรรมเจ้าหน้าที่จิตอาสาพัฒนาองค์กร ผู้นำสื่อสารนโยบายที่ช่วยให้มีการตัดสินใจร่วมกันทุกระดับผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ, ประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรได้สื่อสารกับผู้นำได้ตลอดเวลา, การประชุมของหน่วยงานราชการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

			<p>เพื่อแจ้งข้อมูลทางด้านสุขภาพ</p> <p>3) ผู้นำมีนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรทำ ผลงานวิชาการ งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพโรงพยาบาล กำหนด KPI เพื่อนำไปสู่การพิจารณาความดีความชอบ มีการพิจารณาจัดสรรค่าตอบแทนพิเศษในการทำงานที่สำคัญ ตลอดจนภารกิจเสริมต่างๆ</p> <p>ผลการดำเนินงาน พบว่า ร้อยละความผูกพันกับบุคลากรต่อองค์กรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2566 และ 2567 เท่ากับ 85 และ 87.10 ตามลำดับ</p> <p>แผนพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังและการสร้างความผูกพันต่อองค์กรในบุคลากรทุกระดับ - พัฒนาช่องทางการสื่อสารภายในองค์กรให้เกิดความคล่องตัว
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร [I-1.1ค(1)(2)(3)] **	3	L	<p>เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กร ได้มีการดำเนินการดังนี้</p> <p>1) ผู้นำมีการนำกลยุทธ์ที่ได้ลงสู่การปฏิบัติในการประชุมที่คณะกรรมการบริหารและการประชุมระดับ คปสอ. โดยแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน มีการทบทวนมาตรฐาน HA และนำมาตรฐานไปบูรณาการร่วมกับมาตรฐานอื่นๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อนโยบาย 3P Safety และเชื่อมโยงระบบบริการ มีการตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่องการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร นำนโยบายความปลอดภัย 3P Safety มากำหนดเป็นนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล เป็นสายลักษณะอักษร ประกาศให้บุคลากรรับทราบและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล</p> <p>2) ผู้นำมีนโยบายและเข้มมุ่งในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการพัฒนากระบวนการโดยทีมนำ เช่น MSO, NSO, IC, ENV, PCT, PTC, RM เป็นต้นเพื่อลดความเสี่ยงและอัตราการตายในกลุ่มโรค โรคสำคัญ ให้บรรลุพันธกิจในการยกระดับการบริการแบบองค์รวม</p> <p>3) ผู้นำมีนโยบายในการมุ่งเข้มในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การเฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพ เชิงรุก และพัฒนาระบบบริการเครือข่ายปฐมภูมิแบบบูรณาการ เพื่อลดอัตราการป่วย กลุ่มโรคสำคัญ และลดภัยสุขภาพ สร้างสุขภาพในชุมชนเพื่อให้ผู้บริการมีความพึงพอใจสู่การบรรลุพันธกิจ</p> <p>4) เป็นองค์กรที่คล่องตัว มีการเตรียมความพร้อมในการวางระบบบริการ เช่น เตรียมสถานที่ เตรียมคน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ที่พอเพียงพร้อมใช้ มีระบบการ Countsuit และประสานส่งต่อที่ชัดเจน</p> <p>ผลการดำเนินงาน ในปี 2567 โรงพยาบาลศิลาลาดผ่านการประเมินQA จากกองการพยาบาล ผ่านการประเมินงานอนามัยแม่และเด็ก</p>

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

			<p>แผนพัฒนา</p> <p>-เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม</p>
<p>4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]</p>	3	L	<p>เพื่อปรับปรุงกระบวนการนำองค์กร มีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1) มีการปรับโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล โดยเน้นให้มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจแก่ผู้บริหารทุกระดับ และปรับการนำองค์กรโดยใช้รูปแบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินสมรรถนะรายบุคคล</p> <p>2) ปรับระบบงานเช่น การนำอุปกรณ์เครื่องมือไปล้างที่หน่วยจ่ายกลาง การใช้ระบบลดระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาล มีการทบทวนการขึ้นปฏิบัติงานของหัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการพบว่า ยังขาดทักษะการตัดสินใจและวินิจฉัยสั่งการในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไม่เพียงพอทำให้มีปัญหาการบริหารทางการแพทย์จึงได้ปรับปรุงการกำหนดคุณสมบัติหัวหน้าเวรคือต้องมีประสบการณ์การทำงาน 3 ปีและมีระบบให้คำปรึกษาโดยผู้มีประสบการณ์มากกว่าเช่น หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน มีการติดตามกำกับตามแผนพัฒนา Service plan /แผนการเงินการคลัง PLANFIN /แผนพัฒนาคุณภาพและความเสี่ยง HA & RM โดยมอบหมายงานให้คณะกรรมการรายงานผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน</p> <p>ผลการดำเนินงาน มีแนวโน้มตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น</p> <p>แผนพัฒนา</p> <p>-พัฒนาระบบการประเมินผู้นำ</p> <p>-การทำประชาคม/สำรวจความต้องการจากภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ</p>
<p>5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)] **</p>	3	L	<p>เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>โรงพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญ โดยตั้งเข็มมุ่งในการลดความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น Stroke, STEMI, Sepsis ,Head injury,Pneumonia พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น DM, HT, CKD ,Asthma/COPD,Warfarin พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น DHF,TB,HIV

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

			4.พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ยาเสพติด จิตเวช และ ผู้ป่วยระยะท้าย ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง NCD CLINIC PLUS ประจำปี 2566 “ระดับดีเด่น” แผนพัฒนา พัฒนาศักยภาพของทีมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่ม NCDs
6. การปฏิบัติตาม กฎหมาย การทำ ประโยชน์ให้ สังคมและการ ดำเนินงานอย่าง มีจริยธรรม [1- 1.2ข(1)(2)(3),ค (1)(2)]	3.5	L	เพื่อบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติตามกฎหมายและดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม องค์กรมีการดำเนินงานดังนี้ 1) ผู้นำมีการวางระบบเพื่อการควบคุมและกำกับด้านจริยธรรมตามมาตรฐานวิชาชีพ ยึดหลักสิทธิผู้ป่วย การรักษาความลับ การไม่เลือกปฏิบัติ มีช่องทางการร้องเรียน เน้นพฤติกรรมกรรมการบริการที่ดี มีองค์กรแพทย์และองค์กรพยาบาลเป็นผู้ควบคุมและจัดการด้านจริยธรรมที่ทั่วถึง 2) ผู้นำมีการกำกับดูแลกฎหมายและ พรบ. ต่างๆ ที่ขึ้นทะเบียนตามวิชาชีพ มีการกำกับ ติดตามและบริหารจัดการโดยหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานในการวางแผนการแก้ไขปัญหาทั้งในและนอกองค์กร มีการติดตามพฤติกรรมทางจริยธรรมและมาตรการในการจัดการตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ 3) มีนโยบายการจัดสวนในหน่วยงาน เพิ่มพื้นที่สีเขียวและออกซิเจนในหน่วยงาน มีการแยกขยะในโรงพยาบาลเพื่อนำขยะ Recycle ไปจำหน่าย 4) ผู้นำมีการวางแผนการนำระบบโซล่าเซลล์มาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อลดรายจ่าย ประหยัดพลังงานและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าตามบริบทผลการดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางจริยธรรม แผนพัฒนา -ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับเรียนรู้การปฏิบัติตามกฎหมายและความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดี

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ปี 2564

- ปี 2564 ได้ร่วมนำเสนอผลงานวิชาการสาธารณสุข “องค์กร สร้างสุข”
- ปี 2564 ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร มาตรฐานการดับเพลิงเชิงคุณภาพ และการอพยพหนีไฟเบื้องต้น

- ปี 2565

- รางวัลโล่ประกาศเกียรติคุณ คปสอ.ศิลาลาด เป็นอำเภอนำร่องการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดไร้ยาเสพติด (RDU Province) จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2565

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

- โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางรังสีระดับจังหวัด (Internal Audit) ประจำปีงบประมาณ 2565
- รางวัลเกียรติบัตรโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (HA) ระยะเวลาการรับรอง 29 มิถุนายน 2565 ถึง 28 มิถุนายน 2568
- รางวัลเกียรติบัตร คปสอ.ศิลาลาด เป็นหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่น ด้านการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
- โรงพยาบาลได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2563 วันหมดอายุ 3 ธันวาคม 2563
- โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานงานเอกซเรย์ เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 วันหมดอายุ 31 พฤษภาคม 2568
- รางวัลเกียรติบัตรโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus ระยะเวลาการรับรอง 30 กันยายน 2565 ถึง 30 กันยายน 2567
- รางวัลเกียรติบัตรโรงพยาบาล ที่มีผลการประเมิน MOPH ITA ที่มีผลคะแนนระดับ AA
- โรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ประจำปีงบประมาณ 2565
 - ปี 2566
 - รางวัลผ่านมาตรฐานกรมอนามัย “คลินิกวัยรุ่น : YFHS” ปี 2566
 - รางวัลเกียรติบัตรรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Plus ระดับ Challenge ปี 2566
 - รางวัลองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบระดับดีเยี่ยม เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566
 - รางวัลผลการดำเนินงานการจัดบริการคลินิกกัญญาทางการแพทย์ดีเด่น จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566
 - โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง NCD CLINIC PLUS ประจำปี 2566 “ระดับดีเด่น”
 - เกียรติบัตรโรงพยาบาล ได้พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ
 - คปสอ.ศิลาลาด รางวัลเครือข่ายที่มีผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผลดีเด่น จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2566
 - โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)จากกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกระดับ ดีมาก
 - ปี 2567
 - ผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข Nursing Quality Assessment (NQA Class) ประจำปี 2567
 - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเงิน ประจำปี 2567
 - โรงพยาบาลผ่านการประเมินการใช้เครื่องและการดูแลระบบ การเชื่อมระบบ การส่งต่อผู้ป่วย (Telemed Referral) จังหวัดศรีสะเกษ “ระดับมาตรฐาน”
 - คปสอ.ศิลาลาด มีผลงานความก้าวหน้าลงทะเบียน Health ID ในประชาชน ประจำเดือน กรกฎาคม 2567 ดีเด่น อันดับที่ 3
 - คปสอ.ศิลาลาด ผ่านเกณฑ์การประเมินโครงการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากเด็ก 3-5 ปี และผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ
 - รางวัลประกาศนียบัตรรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน (Standard) ปี 2567 ระยะเวลารับรอง 18 ส.ค.67-17 ส.ค.69
 - โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ปี 2567 ระยะเวลารับรอง 27 มิ.ย. 2567- 26 มิ.ย. 2570

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.ศิลาลาด

- ผ่านการประเมินและรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2567

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

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จขององค์กร การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบต่อ
ด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทำประโยชน์ให้สังคม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2568	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปีปัจจุบัน (พ.ย.2567)
1.ร้อยละการรับรู้และเข้าใจ ทิศทางองค์กร	≥80	92.20	89.01	92.40	94.00	92.40
2.รพ.ผ่านการรับรอง มาตรฐาน HA	Re-acc 1	ชั้น 2	acc	acc	acc	NA
3.รพ.ผ่านการรับรอง มาตรฐาน LA	Re-acc 1	acc	acc	acc	ระหว่างขอรับ การ Re acc 1	NA
4.ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	Re-acc 1	acc	acc	acc	Re-acc 1	Re-acc 1
5.ผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล NQA	ผ่าน	NA	NA	NA	NQA Class	NQA Class
6.รพ.ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital	ผ่าน	Plus	Plus	Plus	Challenge	Challenge
7.จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ(การใช้ ม.41)	0	0	0	0	0	NA
8.จำนวนข้อร้องเรียนด้าน สิ่งแวดล้อมจากชุมชน	0	0	0	0	0	NA
9.ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการตัวชี้วัดขององค์กร	5	4	4	4	4	NA
10.ระดับค่าวิกฤติการประเมิน ประสิทธิภาพการบริหาร การเงินและ การคลัง (Risk Score)	< ระดับ 1	0	0	0	3	NA
11.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(current ratio)	≥1.5	3.47	4.92	3.85	1.61	NA
12.อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว Quick Ratio	≥1	3.33	4.78	3.69	1.49	NA
13.อัตราส่วนเงินสดต่อการชำระหนี้(Cash Ratio)	≥0.8	2.35	4.08	3.22	1.21	NA
14.ร้อยละโครงการผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	>90	100	100	95.45	100	NA

