



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลตากใบ งานพัฒนาคุณภาพและบุคลากร โทร.๐๗๓-๕๘๑๒๐๐ ต่อ ๑๐๔

ที่นธ ๐๐๓๒.๓๐๑/๖

วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งเวียนนโยบายการจัดการคุณภาพและแผนงานการพัฒนาคุณภาพในองค์กร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ

ต้นเรื่อง

ตามที่ โรงพยาบาลตากใบ ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการประกาศนโยบายการจัดการคุณภาพในองค์กร และจัดทำแผนงานเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้หน่วยงานและทีมงานคุณภาพมีส่วนร่วมในการจัดทำทุกระดับ

ข้อเท็จจริง

เพื่อให้แผนงานได้มาตรฐานและสอดคล้องกับมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามข้อเสนอแนะ ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตากใบจึงได้ทบทวนและจัดทำแผนงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลใหม่

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และลงนามเผยแพร่ประกาศนโยบายการจัดการคุณภาพในองค์กร และแผนงานการพัฒนาคุณภาพ และแจ้งเวียนให้หัวหน้าฝ่าย/งานทราบ และให้ทีมงานทุกระดับมีการประเมินตนเองและวางแผนกำกับติดตาม เพื่อให้บรรลุตามแผนงานและขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลตากใบต่อไป

(นางจिरาวรรณ พรหมเพชร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

อนุมัติ

(นายภุชงค์ วงศ์หิรัญรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ

นโยบายการจัดการคุณภาพ ในองค์กร

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับมาตรฐาน ด้านการบริหารจัดการสถานพยาบาล ตามมาตรฐาน สถานพยาบาลภายใต้กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๑ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน ผู้รับบริการภายใต้การบริหาร จัดการระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของสถานพยาบาล ผู้บริหารสูงสุด ผู้บริหารระดับกลางและระดับต้น จึงทำหน้าที่เป็น ตัวแทนการเปลี่ยนแปลง (change agent) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการริเริ่มผลักดันให้ความรู้ สนับสนุนปลูกฝังค่านิยม และการพัฒนาทักษะการทำงาน เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การสร้างคุณค่าและการ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตากใบ

1. บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลให้บริการอย่างมีคุณภาพและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ทุกคน และให้บริการอย่างเท่าเทียม
2. ผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานวิชาชีพและอยู่บนพื้นฐานจริยธรรม และเน้นการทำงานเป็นทีม
3. การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์และถูกต้องทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญในการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย
4. มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ รายงานอุบัติการณ์ ติดตามและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการแก้ไขเชิงระบบ
5. มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีการบริหารจัดการด้านบุคลากรให้มีความเพียงพอ สอดคล้องกับภาระงาน
7. สนับสนุนการพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างเสริมขวัญและกำลังใจ
8. มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพอยู่บนหลักความจำเป็น เหมาะสม และคุ้มค่าสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอิงอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล และหัวหน้าทุกระดับมีหน้าที่ควบคุม กำกับ ติดตามการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบ
9. ส่งเสริมการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และชุมชน
10. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบรูปแบบ และเทคโนโลยีในการบริการสาธารณสุข

โดย

๑. ส่งเสริมให้หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
๒. ทิมนำทุกระบบ มีการประเมินตนเอง และวางแผนพัฒนาเพื่อให้บรรลุ ตามแผนงาน
๓. ทุกหน่วยงานมีการจัดทำ แผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๔. หัวหน้าพาทำคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ทบทวนและรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
๕. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงาน
๖. กำกับ ติดตามและประเมินผล การจัดการคุณภาพ ทุกมาตรฐานแก่ผู้บริหารโรงพยาบาล เป็นประจำอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง


(นายภูษงค์ วงศ์หิรัญรัชต์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ



งานพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลตากใบมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานต่างๆ ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ มาตรฐานบริการสาธารณสุข และมาตรฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ

บทบาทหน้าที่ ของศูนย์คุณภาพ

1. กำหนด นโยบาย และแผนปฏิบัติการของระบบคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์
2. สนับสนุนให้เกิดทีมพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับระบบงาน และระดับโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการประสานงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. ส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาล เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ระบบงาน และโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4. ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศในการทำงานและมุ่งสร้างกิจกรรมให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาคุณภาพและมีความสุขในการทำงาน
5. ประสานและบูรณาการกิจกรรมคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาล
6. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล แก้ไขปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล



นโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตากใบ

1. บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลให้บริการอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ทุกคน และให้บริการอย่างเท่าเทียม
2. การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์และถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งให้ความสำคัญในการรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย ตามพรบ. สารสนเทศ
3. มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ รายงานอุบัติการณ์ ติดตามและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการแก้ไขเชิงระบบ
4. มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ
5. มีการบริหารจัดการด้านบุคลากรให้มีสมรรถนะตามทิศทางองค์กร มีความเพียงพอสอดคล้องกับภาระงาน
6. มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพอยู่บนหลักความจำเป็น เหมาะสม และคุ้มค่า
7. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนและชุมชน
8. สนับสนุนการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
9. หัวหน้าทุกระดับ มีหน้าที่กำกับ ติดตาม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบ



แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส

พ.ศ. 2566-2570

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลมีคุณภาพ เป็นโรงเรียนแพทย์ชุมชน ร่วมรับผิดชอบต่อสังคม คนตากใบสุขภาพดีภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. บริหารจัดการองค์กรที่ประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล
3. ร่วมผลิตแพทย์ ที่มีความพร้อมต่อการทำงานในชุมชน
4. พัฒนาศักยภาพและสร้างจิตสำนึกด้านความรับผิดชอบต่อสังคมของบุคลากร

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการกลุ่มโรคสำคัญให้มีคุณภาพ ปลอดภัย ไร้รอยต่อ
2. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพด้วยหลักธรรมาภิบาล
3. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านวิชาการ
4. พัฒนาระบบการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์



เข็มมุ่งการพัฒนาคุณภาพปี พ.ศ. 2569

1. เชื่อมระบบบริการสุขภาพสู่บริการปฐมภูมิ (เบ็ดเสร็จในอำเภอ) (Seamless)
2. Patient Personal and People Safety (3P Safety)
3. Smart Hospital

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality Management)

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย
3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ
4. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาระบบ บริหารจัดการ คุณภาพ	เพื่อให้ระบบ บริหารจัดการ คุณภาพมี มาตรฐานและ ประสาน สอดคล้องกัน ในระดับ	พัฒนาระบบ บริหารจัดการ คุณภาพที่ สอดคล้องกับ มาตรฐาน รพ. และบูรณาการ ประสาน สอดคล้องกัน ในระดับ	-ถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมองค์กรสู่การ ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม -กิจกรรมสนับสนุนการพัฒนา คุณภาพของหน่วยงาน/ทีมงาน -การให้แนวทาง/ความช่วยเหลือ โดย ทีมผู้ประสานงานคุณภาพ -มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีงาน มหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล ประจำปี เป็นต้น -ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากร ระดับปฏิบัติการนำหลักคิดเรื่อง Lean Management และ 3P มา ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน -กำหนดให้ทีมงานเฉพาะด้านกำหนด ตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพและ ติดตามประเมินผลทุก 3-6 เดือน -การจัดทำแบบประเมินตนเองของ หน่วยงาน/ทีมงานให้เป็นปัจจุบันโดย มีการปรับปรุงทุก 6-12 เดือน -กิจกรรม Quality Round ระบบ สำคัญ -พัฒนาระบบการรวบรวม/ติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด ติดตามเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน	ต.ค.-ก.ย.		1. ระดับความสำเร็จ ของโรงพยาบาลผ่าน การประเมินและได้รับ การรับรองคุณภาพ จากองค์กรภายนอก 2. ร้อยละของ KPI ที่ บรรลุเป้าหมายและมี แนวโน้มที่ดีขึ้นของ หน่วยงานและทีมงาน เฉพาะด้าน 3.จำนวน Best practices / นวัตกรรม	ศูนย์คุณภาพ จิราวรรณ ศิริ

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
	สถานที่ทำงานปลอดภัย	2P safety	<p>-กำหนดนโยบายพัฒนาระบบและติดตามผลการจัดการป้องกันอัคคีภัย/อุบัติเหตุต่าง ๆ การกำจัดน้ำเสีย การบริหารจัดการขยะ การบริหารจัดการสารเคมี/ของเสีย การดำเนินกิจกรรม 5 ส. และการประหยัดพลังงาน</p> <p>-จัดทำทะเบียนและแนวทางปฏิบัติการจัดหา การใช้ การจัดเก็บ การทำลายวัตถุอันตรายใน รพ.</p> <p>-บริการด้านอาชีวอนามัยครบถ้วนตามมาตรฐาน</p> <p>-พัฒนาความรู้เรื่อง อาชีวอนามัย และความปลอดภัยในการทำงานของ บุคลากร</p> <p>-บริหารจัดการเครื่องมือแพทย์และระบบสาธารณสุขไปรษณีย์อย่างมีประสิทธิภาพ และซ่อมบำรุง</p>	ต.ค.-ก.ย.		<p>-ระดับความสำเร็จตามเกณฑ์สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน</p> <p>-จำนวนอุบัติเหตุจากการจัดการสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม</p> <p>-ร้อยละของเครื่องมือแพทย์ที่มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันตามแผน</p> <p>-อุบัติเหตุเครื่องมือช่วยหายใจไม่มีให้บริการ/ชำรุดขณะใช้งาน</p> <p>-ร้อยละของเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการสอบเทียบตามมาตรฐานกำหนด</p> <p>-ร้อยละของบุคลากรได้รับการTraining การใช้เครื่องมือก่อนนำไปปฏิบัติงานจริง</p> <p>-ร้อยละของบุคลากรการแพทย์มีทักษะการใช้เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นได้ถูกต้อง</p>	ENV EQU

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
	เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยมีประสิทธิภาพ	3P safety	<ul style="list-style-type: none"> -การดำเนินการเชิงระบบทะเบียนความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ - พัฒนาระบบการตอบสนอง (Response) -จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลแก่บุคลากร -ทบทวน วิเคราะห์อุบัติการณ์/จัดทำ Risk Profile ของหน่วยงาน / PCT ทุก 6 เดือน -การติดตาม/ประเมินผลประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ได้แก่ ทบทวนตัวชี้วัด กิจกรรม RM Round ทุก 6 เดือน - สรุปรายงานสถานการณ์และแนวทางป้องกันในประเด็นสำคัญของความเสี่ยงและอุบัติการณ์แก่ผู้อำนวยการและกรรมการบริหารโรงพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน 	ต.ค.-ก.ย.		<ul style="list-style-type: none"> -อัตราการตอบสนองของข้อมูลความเสี่ยงแก่หน่วยงานและทีมนำเฉพาะด้านทุกไตรมาส -จำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำระดับ E-I -ร้อยละของการตอบสนองข้อร้องเรียนที่มีความรุนแรงระดับ Sentinel event ขึ้นไป -ร้อยละของการได้รับการแก้ไขของรายงานอุบัติการณ์ 	RM

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
	ผู้รับบริการ บุคลากร ปลอดภัยจากการติดเชื้อ	พัฒนาระบบการ ควบคุมคุณภาพ และระบบนิเทศ งานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาล	-ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน ดำเนินการตามมาตรฐานการ ควบคุมป้องกันการติดเชื้อเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม -เฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาลเฉพาะตำแหน่งการ ติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ (Target Surveillance) -ทบทวน /ปรับปรุงคู่มือป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล -ร่วมกับทีมสารสนเทศในการ พัฒนาระบบสารสนเทศที่เอื้อ ประโยชน์ในการเก็บข้อมูลเพื่อ ประโยชน์ในการวิเคราะห์ -ค้นหาโอกาสพัฒนาโดยการ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเช่น ผู้ป่วยนอนนาน -ขยายการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน โรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลัง จำหน่าย -นิเทศติดตามพัฒนาระบบ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน โรงพยาบาล ปีละ 1-2 ครั้ง	ต.ค.-ก.ย.		-อัตราการติดเชื้อ จำแนกตามตำแหน่ง ของการติดเชื้ออยู่ใน ระดับที่ต่ำ ควบคุมได้ ในทุกหน่วยงาน -จำนวนบุคลากรที่ ได้รับการสัมผัสเชื้อ หรือสารคัดหลั่ง ในขณะปฏิบัติงาน -ร้อยละของบุคลากรที่มี การปฏิบัติตามหลัก standard precautions	IC

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
	เพื่อลดความ คลาดเคลื่อนทางยา ผู้รับบริการ ปลอดภัย	ลดความคลาด เคลื่อนทางยา ใช้ยา ปลอดภัย	-การกำหนดให้มีการวิเคราะห์ สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทาง ยาทุกครั้งที่มีเหตุการณ์โดยสห วิชาชีพ -ทบทวนระบบการเฝ้าระวัง ค้นหาและรายงานความ คลาดเคลื่อนทางยา การจัดระดับ ความรุนแรง โดยเน้นการมีส่วน ร่วมของสหวิชาชีพและเชิงรุกมาก ขึ้น -พัฒนาระบบการตรวจสอบ Dispensing Errorและ Administrationผู้ป่วยนอก -มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ที่บ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลโดยเภสัชกรร่วม เยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ -พัฒนาระบบ Drug reconciliation ผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยในและมีการประเมินการใช้ ยาอย่างเหมาะสมและมีการ จัดการยาได้คุ้มค่า -จัดระบบการป้องกัน ADR ที่ ป้องกันได้ให้มากขึ้น (Preventable ADR) -พัฒนาระบบป้องกันอันตราย จากยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drugs)	ต.ค.-ก.ย.		-อัตราอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนใน การจ่ายยาผู้ป่วยนอก/ ใน -จำนวนอุบัติการณ์ การเกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากการแพ้ยา ซ้ำ -อัตราความคลาด เคลื่อนในการใช้ยา High Alert Drugs	PTC

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
	<p>-ผู้ป่วยได้รับบริการทางด้านสุขภาพอย่างปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจำหน่าย</p>	<p>พัฒนามาตรฐานบริการด้านการดูแลรักษา</p>	<p>-ส่งเสริมให้ PCT จัดทำ Clinical Tracer ให้ครอบคลุมตามประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงของแต่ละสาขาการดูแล</p> <p>-ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG/Care map) และประเมินผลการนำสู่การปฏิบัติ</p> <p>-ติดตามผลลัพธ์ Performance Indicator ของทีม/หน่วยงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย</p> <p>-ส่งเสริมให้มีการใช้แนวคิด 3 C- PDSA, Humanize health care, การใช้ข้อมูลทางวิชาการ (Evidence base) ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และมีการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)</p> <p>-พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคตามนโยบาย Service Plan และ Clinical Risk ที่สำคัญ</p> <p>-พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายบริการ ได้แก่ รพ.ชุมชนลูกข่าย รพ.สต. ในกลุ่มโรค ACS CAPD COPD DM HT โรคไตวายเรื้อรัง การดูแลหญิงตั้งครรภ์</p> <p>-พัฒนาระบบและวิเคราะห์ ประเมินผลการวางแผนจำหน่ายและการเยี่ยมบ้าน</p>	<p>ต.ค.-ก.ย.</p>		<p>-ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแต่ละสาขามีแนวโน้มที่ดีขึ้น</p> <p>-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละสาขา</p> <p>-อัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละสาขา</p> <p>-ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังและมีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อนที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>PCT</p>

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย	<p>-บุคลากรมีความรู้ ทักษะและสมรรถนะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมทำงานที่เป็นเลิศได้อย่างสอดคล้องกับทิศทางขององค์กร</p> <p>-บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อเป้าหมายและยุทธศาสตร์</p>	เก่ง ดี มีสุข	<p>- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการสมรรถนะของแต่ละงานและรองรับการขยายงานของโรงพยาบาล</p> <p>-กำหนด/มอบหมายงาน Job description เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนตรงตำแหน่งและงานที่รับผิดชอบของแต่ละบุคคลและเป็นปัจจุบัน</p> <p>-มีระบบการประเมินสมรรถนะของบุคลากรที่ครอบคลุมทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะรอง โดยใช้หลักธรรมาภิบาล</p> <p>-สร้างความตระหนักในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร</p> <p>- ปรับทัศนคติ การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน 3E</p> <p>-วิเคราะห์ความพึงพอใจของบุคลากรและการปรับปรุงระบบงานเพื่อให้บุคลากรเกิดความผูกพันและความพึงพอใจ</p> <p>-พัฒนาการสื่อสารในองค์กร โครงการ/กิจกรรมเพื่อให้เกิดค่านิยมองค์กรในการพัฒนา</p> <p>-สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ</p>	ต.ค.-ก.ย.		<p>-อัตราบุคลากรได้รับการอบรมตามตำแหน่งงาน</p> <p>-ร้อยละผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ</p> <p>-ร้อยละของ Job description ครบถ้วน ถูกต้อง</p> <p>-ร้อยละข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง</p> <p>-ภาวะสุขภาพของบุคลากร</p>	HR

แผน	เป้าหมาย	กลยุทธ์	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ	1 . ร ะ บ บ สารสนเทศมีความคล่องตัว รวดเร็ว เชื่อถือได้ 2.เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนเพียงพอต่อการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพในทุกระดับ	1.พัฒนาระบบเครือข่ายให้ครอบคลุมทั้งด้าน Hard ware และ soft ware 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 3.สำรวจความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ และติดตามประเมินผลจากการเยี่ยมชมหน่วยงาน 4.ประเมินความครบถ้วนและคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนเป็นประจำ 5.วิเคราะห์และรายงานข้อมูลสารสนเทศให้กับผู้บริหาร ประจำเดือน	ต.ค.-ก.ย.		อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - ค่า CMI ได้ตามมาตรฐาน - อุบัติการณ์เรื่องสารสนเทศไม่พร้อมใช้ลดลง	IM
สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ	เพื่อสร้างความร่วมมือองค์กรอื่นๆ	ชุมชนเข้มแข็ง	-สนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย และทีมคร่อมสายงาน - การคืนข้อมูลลงสาชุมชน ปีละ ครั้ง - สนับสนุนการดำเนินงาน พขอ. และ รพ.สต.ติดดาว	ต.ค.-ก.ย.		อัตราความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย/ชุมชน	ปฐมภูมิ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการภูมิภาค
โรงพยาบาลตากใบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน: โรงพยาบาลตากใบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

วัน/เดือน/ปี:

หัวข้อ: นโยบายการจัดการคุณภาพและแผนงานการพัฒนาคุณภาพในองค์กร

รายละเอียดข้อมูล

๑. นโยบายการจัดการคุณภาพ
๒. แผนงานการพัฒนาคุณภาพในองค์กร

Linkภายนอก: ไม่มี

หมายเหตุ.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ชื่อ นางจิรวรรณ พรหมเพชร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วันที่ ๑๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๙

ผู้อนุมัติรับรอง

ชื่อ นายภูษงค์ วงศ์หิรัญรัตน์
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ
วันที่ ๑๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๙

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

ชื่อ นายสุรพงศ์ เอียดช่วย
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๑๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๙