

1.1 กระบวนการคุณภาพ

1.2.2 คุณภาพการบริหารสถานพยาบาล

1.ภาวะผู้นำ

1.1 ผู้นำได้มีการชี้นำองค์กรดังนี้

1.1.1 ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำแผนยุทธศาสตร์ โดยมีกระบวนการทำ SWOT Analysis , TOWS Matrix , Scenario Analysis , Stakeholder Need ทำให้มีการปรับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม กำหนดยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในปัจจุบัน ประกาศในที่ประชุมบุคลากรของโรงพยาบาลและทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision):

โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่ง จูรทัตโต เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและภาคี เครือข่ายสุขภาพเข้มแข็ง

พันธกิจ (Mission):

1. จัดระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ
2. จัดระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ

ค่านิยม (Values):

PMH TEAM

P =	Patient Center	ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
M =	Multidisciplinary	สหวิชาชีพการทำงานร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ
H =	Holistic Care	การดูแลแบบองค์รวม
T =	Teamwork	ทำงานเป็นทีม
E =	Ethics and Moral	มีจริยธรรมและคุณธรรม
A =	Attitude and Achievement	ทัศนคติที่ดีในการทำงานและมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ
M =	Mind of service	มีจิตสาธารณะในการให้บริการ

เข็มมุ่ง 1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค Stroke, STEMI, Sepsis, MCH, SMI-V, IMC, ผู้สูงอายุ, Palliative care

2. พัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะและนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)

3. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร

เป้าประสงค์ (Goals) มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง				
วิสัยทัศน์ (Vision)	โรงพยาบาลพระอาจารย์ม้น จูรทัตโต เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้มแข็ง			
พันธกิจ (Mission)	1. จัดระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ	2. จัดระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ	3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบการทำงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ	
ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)	ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการ	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ 1 จัดระบบการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล กลยุทธ์ที่ 2 บูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลยุทธ์ที่ 3 จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลยุทธ์ที่ 4 จัดระบบการดูแลต่อเนื่อง กลยุทธ์ที่ 5 ส่งเสริมความรู้สุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มโรคที่สำคัญ	กลยุทธ์ที่ 6 เพิ่มคุณภาพระบบงานที่สำคัญ กลยุทธ์ที่ 7 เพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง กลยุทธ์ที่ 8 ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร	กลยุทธ์ที่ 9 เพิ่มระบบความปลอดภัยสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย	กลยุทธ์ที่ 10 ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน
จำนวน KPI	KPI 20 ตัวชี้วัด	KPI 11 ตัวชี้วัด	KPI 2 ตัวชี้วัด	KPI 3 ตัวชี้วัด



อบรมการจัดทำแผนประจำปี

1.1.2 เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กรและการทำงานเป็นทีม ผู้นำเป็นตัวอย่างในเรื่องหัวหน้าพาทำคุณภาพ เช่น การพัฒนานวัตกรรม “3C-Connect Continuity for Glycemic Control” ทำให้มีนวัตกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สหวิชาชีพทำงานร่วมกันเป็นทีม นำสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวอย่างในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่นปี 2566 การดูแลผู้ใช้สารเสพติด Retention rate ร้อยละ 47.04 ไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้นำพาทีมจัดตั้ง มินิธัญญารักษ์ ในอำเภอบ้านม่วง ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม SMI-V แบบ One stop service ร่วมกับภาคีเครือข่ายให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) พร้อมทั้งเป็นวิทยากรบรรยายแก่ทีมดูแลในโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย ทำให้ Retention rate ในปี 2567 (6 เดือน) ร้อยละ 71 ผ่านเกณฑ์ พร้อมกับนำทีมให้บริการแบบ Home ward ในกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ทำให้

ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการนอนในโรงพยาบาล ให้การดูแลในกลุ่ม Palliative care จัดให้มีระบบส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน

1.2. ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม

1.2.1 กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (code of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับจริยธรรม (ethic principle) เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้นำระดับสูงสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดย

1) การดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน โดยบูรณาการเข้ากับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลซึ่งยึดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 9 ข้อ มีคำสั่งผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามในแต่ละประเด็นอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ นำมาทบทวนเพื่อปรับ Care process

2) สนับสนุนการขับเคลื่อน 3P safety ซึ่งเข้าร่วมโครงการกับ สรพ. ตั้งแต่ปี 2562 และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามและวิเคราะห์ข้อมูล ระบบการรายงานอุบัติการณ์ผ่านทาง NRS&HRMS ระบบ Hospital safety Culture Survey (HSCS) ระบบ Patient Experience Programme (PEP)

1.3. ผู้นำส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรมขึ้นนำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสังคมโดยรวม

ผู้นำกำหนดหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร ที่ช่วยขึ้นนำการตัดสินใจ ประกาศแก่บุคลากรรับทราบในที่ประชุมและทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติ เช่น กำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 9 ข้อ การดำเนินงานตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) ทำให้มีกระบวนการลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย มีการบริการที่มีคุณภาพ ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการที่สะดวกและมีความพึงพอใจ ซึ่งโรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับ the best ผ่านการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรการความโปร่งใส โรงพยาบาลมีผลการประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ การดำเนินงานตามข้างต้นดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลไม่พบอุบัติการณ์ของการละเมิดด้านสิทธิ/จริยธรรมองค์กร ที่ส่งผลกระทบต่อองค์กร

2.การบริหารทรัพยากร: ทีมได้วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่แต่ละกลยุทธ์เพื่อให้มีกิจกรรมที่ตอบสนองแต่ละกลยุทธ์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ กรอบระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณ/ทรัพยากรที่ใช้ และการติดตามประเมินผล ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน/ทีมงานและนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ทำให้มีการติดตามผลการดำเนินงาน ครอบคลุมทุกหน่วยงานและเครือข่าย เช่น แผนปฏิบัติการโรค Stroke เพิ่มการเข้าถึง ยา rt-PA ทีมจัดประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานประสานงานในทีมที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลการดำเนินงานพบว่า ทีมสามารถให้ยา rt-PA ได้สำเร็จ ก่อนส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย

3.การจัดการความเสี่ยง (Risk Management):

เป้าหมาย: เพื่อให้ระบบคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีมสอดคล้องกันในทุกระดับ อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับองค์กร โดยมีกระบวนการ:

3.1 โรงพยาบาลมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ Gap analysis ในบริบทขององค์กรร่วมกับมาตรฐานวิชาชีพในการนำมาวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านคุณภาพ นำแผนสู่การปฏิบัติและมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3.2 มีการประเมินผลการพัฒนาตามตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการต่างๆ และสะท้อนข้อมูลผ่านเวทีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

3.3 องค์การมีการจัดระบบบริหารจัดการด้านคุณภาพและการบริหารความเสี่ยงโดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์องค์กร เป้าประสงค์ที่ต้องพัฒนางานองค์กรคุณภาพ

3.4 มีการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์คือระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบริการสู่การรับรองคุณภาพและมีการควบคุมกำกับตัวชี้วัดตามทศศาสตร์ของโรงพยาบาล

3.5 โรงพยาบาลมีระบบการทำงานประสานกันด้านคุณภาพความปลอดภัยและระบบงานต่างๆภายในหน่วยงาน

3.6 มีระบบการทำงานประสานกันด้านคุณภาพความปลอดภัยต่างๆการทำงานเป็นทีมนอกองค์กรในรูปแบบภาคีเครือข่าย เช่น service plan สาขาต่างๆและสาขาวิชาชีพ

3.7 มีการควบคุมกำกับการทำงานโดยคณะกรรมการตรวจติดตามภายในโรงพยาบาล การนิเทศงานตามระบบตรวจราชการ

ผลลัพธ์ ร้อยละของอุบัติการณ์ได้รับการแก้ไขปี 2563- 2567 .79.34,80.25,82.32,80.78และ 83.65. % แผนการพัฒนา: มีการพัฒนาการใช้ 3C PDSA ในงานประจำของหน่วยงานสร้างความเข้าใจกับผู้บริหาร ทีมนำระบบคุณภาพ และ บุคลากรทุกระดับโดยจัดอบรมงานจัดการคุณภาพทุกปี