

คำอธิบายเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

ด้านที่ ๑ ด้านการบริหารจัดการ

ชื่อสถานพยาบาลระดับ (โรงเรียนแพทย์/รพศ./รพท./รพช.).....

ประเภทสถานพยาบาล ☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ระบุ

☐ โรงพยาบาลทันตกรรม ☐ โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ☐ โรงพยาบาลกายภาพบำบัด

☐ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ☐ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยประยุกต์

จังหวัด

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมินผู้ประเมิน.....

ข้อ ๑. นโยบายการจัดการคุณภาพ

คำอธิบาย : สถานพยาบาลมีการจัดให้มีเป้าหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงาน ในการบริหารสถานพยาบาลและการจัดการด้านคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับในองค์กร รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการของสถานพยาบาล

ข้อ ๑.๑ สถานพยาบาลจัดให้มีนโยบายการจัดการคุณภาพ เช่น

- กำหนดเป้าหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานในการบริหารสถานพยาบาล
- แนวทางการบริหารสถานพยาบาลอย่างมีธรรมาภิบาล
- การจัดการด้านคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับในองค์กร
- มีการรับฟังและตอบสนองต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้รับบริการ หรือชุมชน
- มีการทบทวนแผนการและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	สถานพยาบาลไม่มีนโยบายการจัดการคุณภาพและไม่มีการดำเนินงานด้านการจัดการคุณภาพ
๐.๕ คะแนน	สถานพยาบาลจัดให้มีนโยบายการจัดการคุณภาพแต่ไม่ได้มีการดำเนินงานด้านการจัดการคุณภาพ
๑ คะแนน	สถานพยาบาลจัดให้มีนโยบายการจัดการคุณภาพและมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม (กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งก็ได้หรือกิจกรรมอื่นที่มีรูปแบบในลักษณะของการจัดการคุณภาพ) เช่น - การประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุด - การประชุมระดับบริหารประจำเดือน - การประชุมประจำของแผนกบริการ - กิจกรรมหรือรางวัลที่ได้รับด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล - กิจกรรมสาธารณะในชุมชน - การประกาศวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในพื้นที่สาธารณะของสถานพยาบาล - อื่นๆ



โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital

นโยบายโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

2P Safety Policy 2022

เพื่อให้การดำเนินการตามเข็มมุ่งองค์กรปี 2565 ด้าน 2P Safety เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ติดตาม และวัดผลได้ จึงเห็นสมควรกำหนดนโยบายที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องถือปฏิบัติ ดังนี้

2 P Safety	Policy
Safe Surgery	- 4 ไม่ ■ ไม่ mark site ไม่เข้า OR ■ ไม่ sign in ไม่ดมยา ■ ไม่ time out ไม่เริ่มผ่าตัด ■ ไม่ sign out ไม่เย็บปิดแผล - Specimen : Double check ก่อนส่งพยาธิ
Identification	- OPD ■ ชื่อ – นามสกุล ■ Photo Identification - IPD ■ ชื่อ – นามสกุล ■ QR Code wrist band เมื่อจ่ายยา ทำหัตถการ ให้เลือดที่เตียงผู้ป่วย
Blood Safety	- Double check 2 คนกับ Incharge nurse at bed
Medication error	- No individual Re-challenge - Doctor sign in Med Reconciliation in 24 hrs
Critical test Result	- Lab โทรแจ้งพยาบาล Incharge nurse OPD, IPD เพื่อรายงานแพทย์ทันที
Diagnostic Error	- Admission note: Sign โดย Staff - Progress note in ICU : Sign โดย Staff
Infection control	- Zoning MDR ทุกหอผู้ป่วย - Hand hygiene

ทั้งนี้ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามนโยบายข้างต้น อย่างเคร่งครัด ผู้ใดฝ่าฝืนจนทำให้เกิดอุบัติการณ์ ความไม่ปลอดภัย จะต้องบันทึกรายงาน เข้าพบบรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์พร้อมหัวหน้างาน และถูกตัด P4P ในเดือนที่เกิดอุบัติการณ์

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2565 เป็นต้นไป

(นายไชยเวช ธนไพศาล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



แผนที่ 1 พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพ

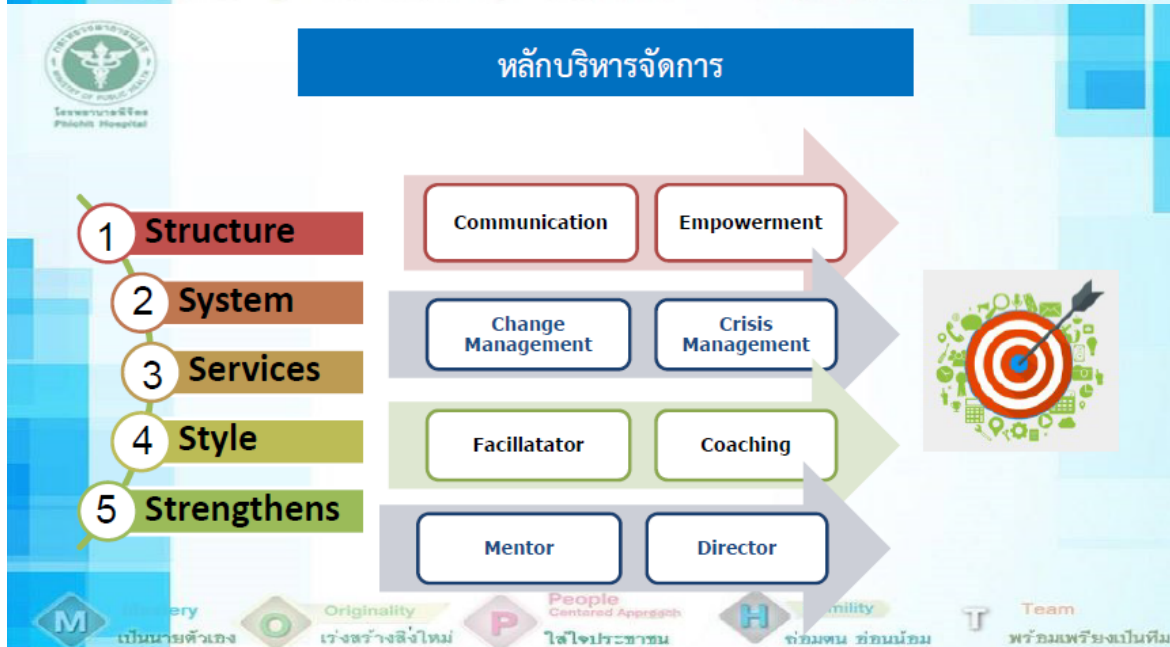
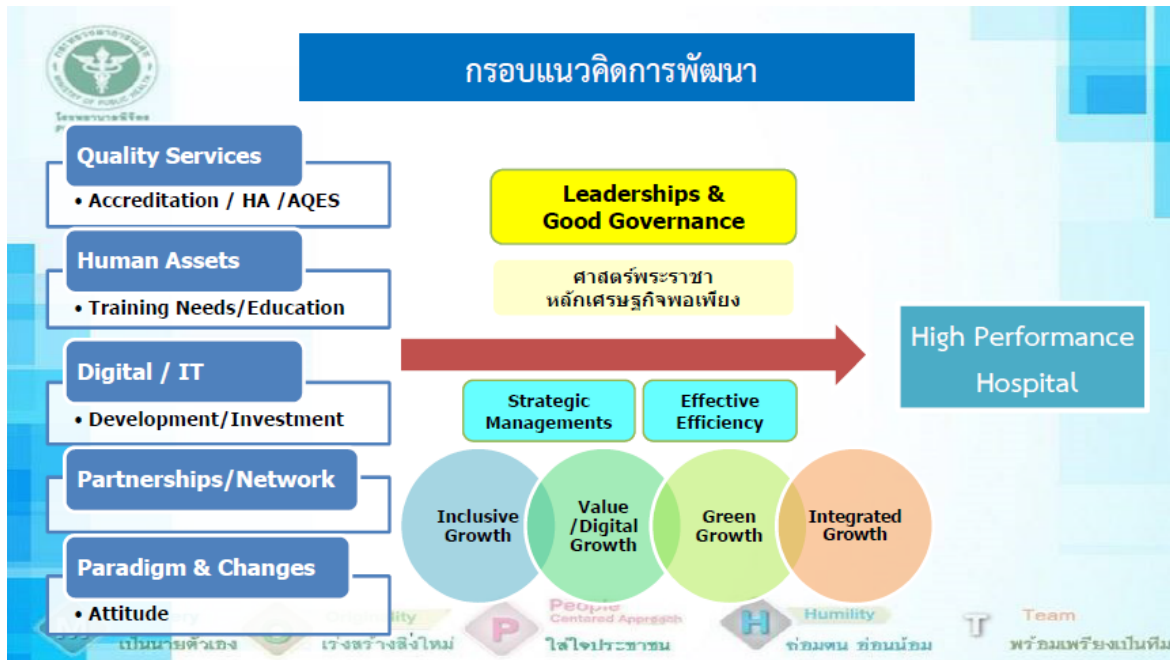
แผนที่ 2 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

แผนที่ 3 พัฒนาศูนย์บริการบุคคล

จุดเน้นการพัฒนาคุณภาพปี 2565

1. การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง Check 3 จุดหยุดความเสี่ยง
2. ผู้ป่วยอาการทรุดลงโดยไม่คาดการณ์ ใช้ NEWS score







แผนงานและการดำเนินงาน

ทบทวนการวัดประสิทธิผลเชิงกลยุทธ์ รวมถึงกำหนดเป้าหมายความสำเร็จให้ชัดเจนตามระยะเวลาที่กำหนดเพื่อตอบสนองต่อบริบท ความท้าทายขององค์กร และเชื่อมโยงถึงผลลัพธ์ สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญขององค์กร มีการบวนการถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ

Purpose

1. เพื่อให้ได้วัดประสิทธิผลเชิงกลยุทธ์และเป้าหมายความสำเร็จตามวิสัยทัศน์
2. เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องไปในแนวเดียวกัน

Process

1. ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ตามบริบท รพ. โดยใช้ SWOT Analysis
2. มีการกำหนดวัดประสิทธิผลเชิงกลยุทธ์สำคัญ และโรคที่มุ่งเน้นตามบริบท รพ.
3. บูรณาการงานคุณภาพร่วมกับยุทธศาสตร์ รพ.
4. จัดประชุมเพื่อชี้แจงวัดประสิทธิผลเชิงกลยุทธ์และถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติและทบทวนตัวชี้วัด

Performance

1. แผนกลยุทธ์ รพ. พิจิตร ปี 2563-2565
2. ขับเคลื่อนด้วยตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่มีผู้รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์

M ความเป็นตัวเอง

O Originality
เรื่องสร้างสรรค์ใหม่

P People
Centred Approach
ใส่ใจประชาชน

H Humility
ถ่อมตน ข้อน้อม

T Team
พร้อมเพรียงเป็นทีม



ผลการพัฒนา



ผลการพัฒนา



M ความเป็นตัวเอง

O Originality
เรื่องสร้างสรรค์ใหม่

P People
Centred Approach
ใส่ใจประชาชน

H Humility
ถ่อมตน ข้อน้อม

T Team
พร้อมเพรียงเป็นทีม

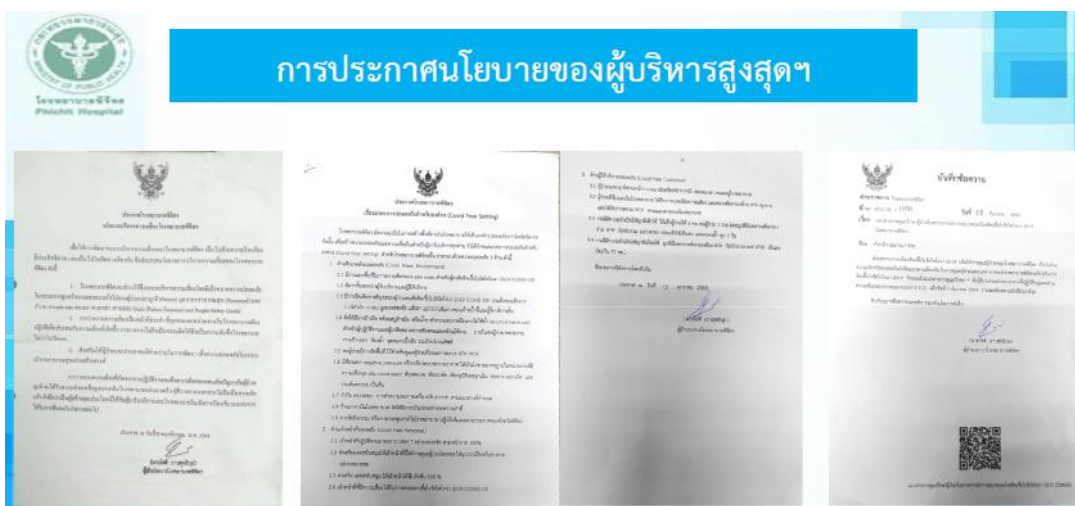
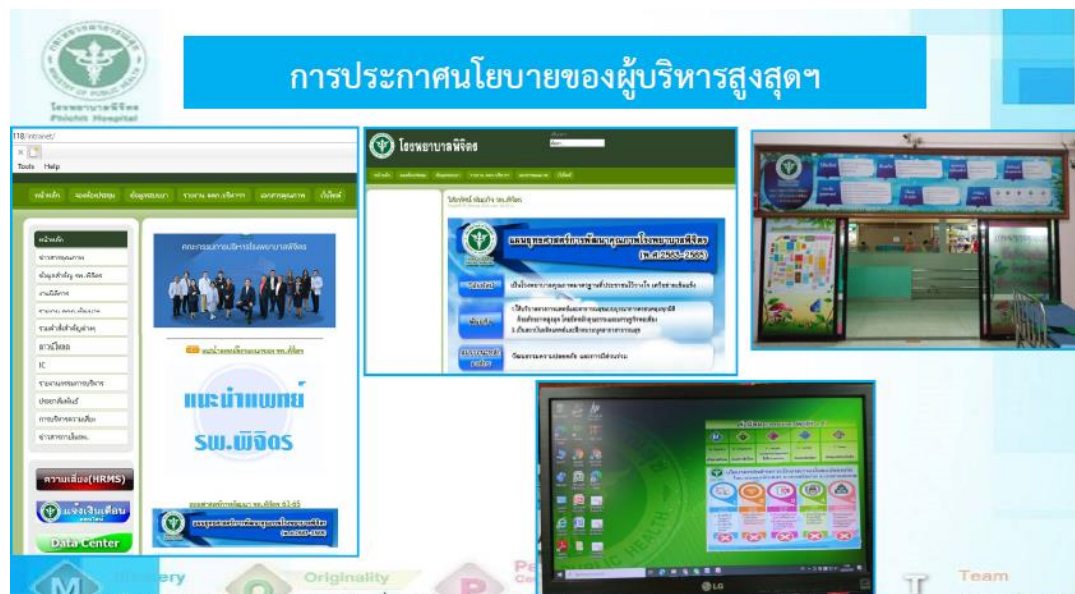
ข้อ ๑.๒ การสื่อสารจากผู้นำ

- มีการสื่อสารจากผู้บริหารทุกระดับแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- มีวิธีการบริหารจัดการที่ทันสมัย ลดขั้นตอนการทำงาน โดยอาจการนำเทคโนโลยีสารสนเทศรวมทั้งเครื่องมือทางการบริหารจัดการที่เหมาะสมมาใช้ในการพัฒนา
- มีแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการทำงานให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง

วิธีการให้คะแนน

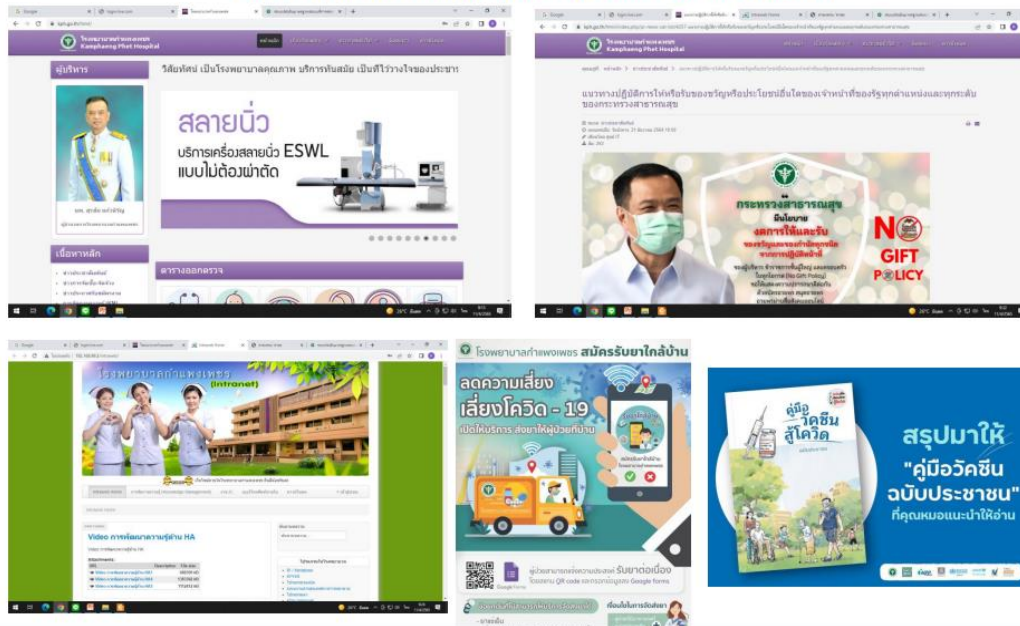
๐ คะแนน	ไม่มีกิจกรรม
๐.๕ คะแนน	มีการประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุดที่ให้ความสำคัญแก่การยกระดับคุณภาพบริการเพื่อประชาชนแต่ไม่มีการดำเนินงาน
๑ คะแนน	มีการประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุดที่ให้ความสำคัญแก่การยกระดับคุณภาพบริการเพื่อประชาชนและมีการดำเนินงาน (มีอย่างน้อย ๑ กิจกรรมตามที่กำหนดหรือกิจกรรมอื่นที่เป็นเรื่องการสื่อสารจากผู้นำ) เช่น ๑) การพัฒนาระบบงานอิเล็กทรอนิกส์ ๒) การให้ข้อมูลบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารแก่ประชาชน เช่น การนัดหมายผ่านไลน์ การจองคิวอัตโนมัติ การชำระเงินด้วยระบบ e-payment เป็นต้น

ตัวอย่างเอกสารแนบ



การประกาศนโยบายโดยผู้บริหารสูงสุด

หน้าเว็บไซต์ทั้งอินเทอร์เน็ต และอินทราเน็ต โรงพยาบาล



๑.๓ การมีส่วนร่วมของบุคลากร เช่น

- บุคลากรทุกระดับ มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเป้าหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานขององค์กรและการจัดการด้านคุณภาพในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง
- มีการสื่อสารแบบ ๓๖๐ องศาที่ทั่วถึงในองค์กรเพื่อให้การจัดการด้านคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- มีการพัฒนาบุคลากรอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มีกิจกรรม
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีกิจกรรมที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากร
๑ คะแนน	มีแผนงานและกิจกรรมที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากร เช่น ๑) การประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุด ๒) การประชุมบุคลากรทั่วทั้งองค์กร ๓) กิจกรรมสร้างเสริมความสัมพันธ์และพัฒนาคุณภาพองค์กร ๔) แผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวิชาชีพและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชน ๕) อื่นๆ

ตัวอย่างเอกสารแนบ



พันธกิจ

1. การวางแผน สรรหา คัดเลือกบุคลากรให้สอดคล้องตามภารกิจของโรงพยาบาล
2. การบริหารค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์ และความก้าวหน้าของบุคลากร
3. การพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีสมรรถนะวิชาชีพตามข้อกำหนดกำหนด
4. การจัดสวัสดิการ และดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีชีวิตที่ดีขึ้น
5. สร้างบุคลากรสัมพันธ์



บุคลากรมีความเพียงพอเหมาะสมกับการะงาน

บุคลากรมีความรู้/สมรรถนะตามข้อกำหนดกำหนด

บุคลากรมีความสุขและผูกพันกับองค์กร

ปรับคณะกรรมการ HRO=HRM+HRD



KPI

บุคลากรมีความเพียงพอ และเหมาะสมกับการะงาน

บุคลากรมีความรู้ และสมรรถนะตามข้อกำหนดกำหนด

บุคลากรมีความสุขและความผูกพันกับองค์กร

1. ร้อยละความเพียงพอของบุคลากร (ตามกรอบFTEขั้นสูง)
1. ร้อยละของบุคลากรวิชาชีพได้รับการพัฒนา 3 วัน/คน/ปี
2. บุคลากรวิชาชีพผ่านการอบรมเฉพาะทาง ไม่น้อยกว่า 10 สาขาต่อปี
3. หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ผ่านการอบรมทางการบริหารไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
4. ผลงานวิจัย
1. ร้อยละความสุขของบุคลากร (I-happinometer)
2. อัตราลาออกของบุคลากร
3. ร้อยละของบุคลากรที่พบความผิดปกติจากการตรวจสุขภาพ
4. ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI มากกว่า 22.9
5. จำนวนบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ ของมีคม/สารคัดหลั่ง
6. จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อวันโรครายใหม่

แผนการจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ปี 2565-2569

แผนการบริหารจัดการอัตรากำลัง

แผน HR plan ได้จากการลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบจากข้อมูลต่างๆ ได้แก่

- ด้านกำลังคน : วางแผนจากข้อมูลดังต่อไปนี้

1.การวางแผนกำลังคนรองรับการจัดบริการใหม่ตามแผนกลยุทธ์ขององค์กร

2.ข้อมูลผลการสำรวจความต้องการกำลังคนในแต่ละหน่วยงาน

3.ข้อมูลการติดตามประเมินประสิทธิภาพของ ระบบการกระจายกำลังคนเพื่อให้มีกำลังคนที่เพียงพอ มี

สมรรถนะตามกลุ่มอายุงาน และไม่ล่าช้าจากการทำงาน โดยพิจารณาจาก เกณฑ์ชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ทั้งในเวรปกติ และเวรล่วงเวลาในแต่ละเวร และแต่ละหน่วยงาน

ข้อ ๑.๔ การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือผู้รับบริการ หรือญาติ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการ

สถานพยาบาลมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือผู้รับบริการ หรือญาติ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริการ ในรูปแบบต่างๆ เช่น

- การมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็น ข้อเสนอแนะ ด้านนโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม

- การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการด้านคุณภาพ มีระบบในการรักษาสิทธิของผู้ป่วย

- การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของสถานพยาบาลทั้งในหรือนอกสถานพยาบาล

- การสื่อสารผ่านช่องทางใดๆที่เชื่อถือได้ เช่น ผ่านผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข

- มีกิจกรรมในชุมชน หรือมีการดูแลต่อเนื่องใน ชุมชน (ถ้ามีชุมชนที่รับผิดชอบ)

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มีกิจกรรม
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีการดำเนินงาน
๑ คะแนน	มีแผนงานและมีกิจกรรมที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน (อย่างน้อย ๑ กิจกรรม) และมีหลักฐานแสดง เช่น ๑) การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการประชุมเพื่อการพัฒนาชุมชน ๒) การจัดกิจกรรมสาธารณะด้านการเสริมสร้างสุขภาพ โดยสอดคล้องการรับฟังความเห็นผู้รับบริการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล ๓) การสำรวจความพึงพอใจหรือความเชื่อมั่นในสถานพยาบาลของผู้รับบริการ ๔) การประกาศสิทธิผู้ป่วย ณ จุดรับบริการ ๕) การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ๖) อื่นๆ

ตัวอย่างเอกสารแนบ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมภาคเครือข่าย					
เป้าประสงค์: สร้างเครือข่ายเข้มแข็งสนับสนุนและส่งเสริมเครือข่ายทุกระดับให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองและประชาชน					
โรคที่มุ่งเน้น	STROKE	STEMI	TRAUMA	SEPSIS	NCD
ปี 2563 เข้าถึงเหมาะสม	Fast Track	Fast Track	Fast Track	Fast Track	Green Channel
ปี 2564 พ้องได้ (ตนเอง)	Early Detect	Early Detect	Severity ลดลง PS Score	Severity ลดลง	Control ได้ดี
ปี 2565 ลดตาย ลดป่วย ลดแทรกซ้อน	ตายภายใน 24 ชม. หลังได้รับยา 2 Wk.	ตาย ลดลง	ตาย ลดลง	ตาย ลดลง	ตาย ลดลง



การปรับกลยุทธ์

1. ประชุมเครือข่ายเพื่อปรับกระบวนการทำงาน
 - ตรวจ ATK ที่ รพ.สต. รพ. พิจารณาสับสนับสนุนตรวจ
 - หากพบย่นวก ให้ลงทะเบียนผ่าน Google Form - แพพท์ FM ประเมินให้การรักษาทันทีจนกว่าจะจัดการตามขั้นตอน Double Check
 - ช่วงแรกทีมสหสาขาตั้งที่แยกจากบ้านพักคน CI&HI พร้อมมาตรการดูแลให้คำแนะนำ "การคนตนเองที่บ้าน" ให้กับทีมรพ.สต./อาสาสมัคร
2. นำ IT ช่วยในระบบการดูแลประชาชนในเขตอำเภอเมือง
 - โดย นพ.ภาณุ ฐิตะประเสริฐ หัวหน้างานเวชศาสตร์ชุมชน
 - สถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาล 11 ต.พ. 2565
 - สถานการณ์โควิด-19 โรงพยาบาล 25 ต.พ. 2565

3. การเสริมพลังทีมสหสาขาในโรงพยาบาลพิจิตร:



4. การเสริมพลังทีมเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพิจิตร

ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยนอกเวลา



5. การสื่อสารเรื่องแนวทางปฏิบัติกับเครือข่ายบริการสุขภาพและประชาชน



กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้สามารถดูแลและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒. เพื่อพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายสู่ความเป็นชั้นนำระดับประเทศ

ตัวชี้วัด 20. ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการคัดกรอง(โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง) 21. อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

22. อัตราผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 19 23. ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) ได้รับการติดตามเยี่ยม

24. ร้อยละของ PCC ที่เปิดดำเนินการ

การสนองตอบของแผนปฏิบัติการ ☐ Agenda ☒ Function ☐ Area								
ลำดับ	โครงการ / กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินงาน	งบประมาณ		ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง	อื่นๆ	
23	โครงการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย							
	23.1 พัฒนาระบบการดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัย เครือข่ายอำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง - จัดประชุม - ติดตามผลหลังจากอบรมกลุ่มใหญ่ในแต่ละพื้นที่	- เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และให้การดูแลเด็กได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม - เพื่อแลกเปลี่ยนปัญหา และหาแนวทางการแก้ไข - เพื่อติดตามงาน ปัญหา อุปสรรคและให้ความช่วยเหลือ	- জন. และครุศพด. จำนวน 150 ร้อยละ 95	- জন. และครุศพด. จำนวน 150 คน ห้องประชุมรพ. พัทลุง - জন. จำนวน 40 คน ห้องประชุมรพ. พัทลุง 2 ครั้ง - รพ.สต. และ CMU อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง	มค. 65 พค. 65 และ สค. 65 มค. - กย. 65		งบส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (PP cup) 23,000 บาท	งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร่วมกับคลินิก พัฒนาการเด็ก รพ. พัทลุง

ข้อ ๒) กระบวนการคุณภาพ

คือ กระบวนการที่สร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการว่า เมื่อมารับบริการจะได้รับบริการที่ดี ถูกต้องทันเวลาและมีมาตรฐานซึ่งประเมินจาก ๑) คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ และ ๒) คุณภาพการบริหารสถานพยาบาล

ข้อ ๒.๑ คุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่

- ๒.๑.๑ กระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ๒.๑.๒ ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย
- ๒.๑.๓ ภาพลักษณ์ของสถานพยาบาล
- ๒.๑.๔ สวัสดิการผู้ป่วยและบุคลากร

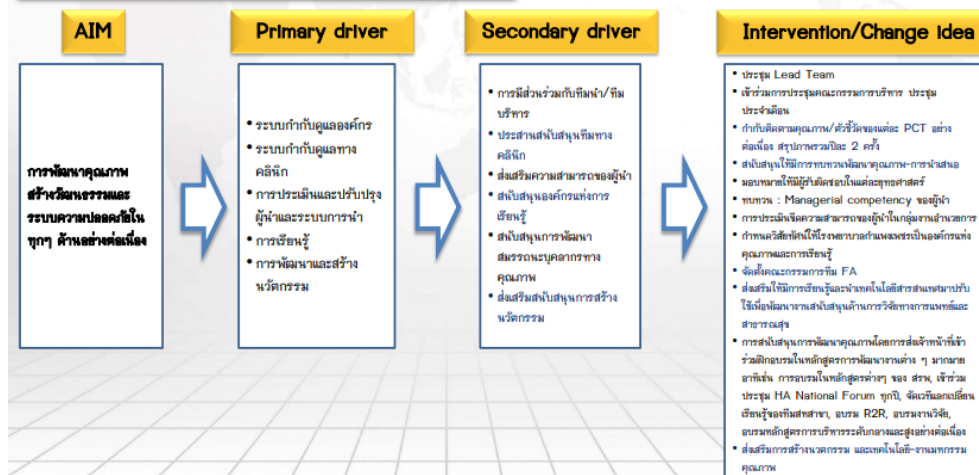
วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มี
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีการดำเนินงาน หรือมีกิจกรรมที่แสดงถึงคุณภาพบริการหรือระบบสนับสนุนบริการเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง
๑ คะแนน	มีแผนงานและมีการดำเนินงานที่แสดงถึงคุณภาพบริการและระบบสนับสนุนบริการ เช่น ๑) การประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในสถานพยาบาลของผู้ป่วยหรือญาติ ๒) การประเมินการลดลงของอุบัติเหตุ ความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเป็นประจำและสม่ำเสมอ ๓) การพัฒนาเทคโนโลยีหรือเครื่องมือดักจับปัญหา (problem trap) ๔) การสำรวจภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลผ่านโพลอิเล็กทรอนิกส์ ๕) การยกย่องเชิดชูเกียรติบุคลากรผู้มีผลงานดีเด่น โดยการประเมินจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการ

ตัวอย่างเอกสารแนบ



Driver diagram : พัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน



รายงานผลการสำรวจความต้องการผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลพัทลุง
ผลความพึงพอใจ รอบ 1/2565 แยกตามกลุ่มดังนี้

กลุ่ม	ลำดับ	หน่วยงาน	ร้อยละ
ผู้ป่วยใน	1	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	90.59
	2	หอผู้ป่วยตาหูคอจมูก	95.15
	3	หอผู้ป่วยรีเวชกรรม	92.79
	4	หอผู้ป่วยพิเศษเด็ก 8	97.20
	5	หอผู้ป่วยจิตเวช (เปี่ยมมิตร)	95
	6	หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม	97.83
	7	หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์	86.81
	8	หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	97.31
	9	หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	88.33
	10	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1	90.92
	11	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย2	90.67
	12	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	88.77
	13	งานผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	94.57
	14	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	99.29
	15	งานห้องคลอด	97.28
	16	หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	86.67
	17	หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด	92.65
	18	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น3-F31	95.33
	19	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น4-F41	91.95
	20	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น5-F51	98.13
	21	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น6-F61	88.82
	22	หอผู้ป่วย Semi ICU	91.26

ข้อ ๒.๒ คุณภาพการบริหารสถานพยาบาล ได้แก่

- ๒.๒.๑ การบริหารความเสี่ยง
- ๒.๒.๒ การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
- ๒.๒.๓ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
- ๒.๒.๔ ระบบเวชระเบียน
- ๒.๒.๕ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
- ๒.๒.๖ ระบบบริหารจัดการยา
- ๒.๒.๗ การตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ
- ๒.๒.๘ การเฝ้าระวังโรค
- ๒.๒.๙ การทำงานกับชุมชน

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มี
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีการดำเนินงาน
๑ คะแนน	มีแผนงานและมีการดำเนินงานที่แสดงถึงคุณภาพการบริหารสถานพยาบาล (อย่างน้อย ๑ กิจกรรม) เช่น ๑) การประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุด ๒) การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารสถานพยาบาล ๓) การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านวิชาชีพและ/หรือด้านสนับสนุนบริการ ๔) การนำระบบ IT มาใช้ในการบริหารองค์กร จัดทำเวชระเบียน หรือบริการประชาชน ๕) การปรับปรุงภูมิทัศน์องค์กร ๖) การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๗) การเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ๘) การพัฒนาศักยภาพการสื่อสาร ณ จุดบริการด้านหน้าด้านการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ๙) มีระบบการรายงานเพื่อเฝ้าระวังภัยและป้องกันการเกิดซ้ำ ๑๐) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการสถานพยาบาล ๑๑) การร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมชุมชนและ/หรือพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขนักจัดการสุขภาพชุมชน ๑๒) มีกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นมิตรและสอดคล้องตามวิถีถิ่น ตามหลักการ บวร (บ้าน วัด ราชการ) ๑๓) การสอดแทรกความรู้ด้านสุขภาพ หรือจัดบริการตรวจสุขภาพประชาชน จากการเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรมชุมชน

ตัวอย่างเอกสารแนบ

แบบปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
โครงการที่ 2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
หน่วยงาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	ชนิดโครงการ	วัตถุประสงค์/ผลผลิต/ผลลัพธ์ ของโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	งบประมาณ(บาท)										ผู้รับผิดชอบ (ชื่อ/หน่วยงาน)
						ไตรมาส1		ไตรมาส2		ไตรมาส3		ไตรมาส4				
						ค.ค.	พ.ย.	ค.ค.	พ.ย.	ค.ค.	พ.ย.	ค.ค.	พ.ย.			
1	โครงการประเมินเชิงปฏิบัติการเพื่อรับการประเมินคุณภาพ (Re-Accreditation) โรงพยาบาลกำแพงเพชร ครั้งที่ 4 รูปแบบการเยี่ยมสำรวจแบบควบคุม (Adjusted Survey)	ประเมินเชิงปฏิบัติการ	1. เพื่อรักษาระดับคุณภาพมาตรฐานและต่ออายุการรับรองคุณภาพ (Re-Accreditation) โรงพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 2. เพื่อให้บุคลากร ได้รับความรู้ ได้รับพัฒนาความรู้ ด้านการพัฒนาคุณภาพและนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	คณะกรรมการบริหาร ประธานและเลขาธิการ ทีม PCT และทีมเฉพาะด้าน หัวหน้าตึก รองหัวหน้าตึก หัวหน้างาน รองหัวหน้างาน ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพของคณะตึกหรือแต่ละหน่วยงาน บุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 1 วัน วันละ 120 คน	57) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 57.1) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 (ร้อยละ 100)										ศูนย์คุณภาพ	
2	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้ด้าน HA โรงพยาบาลกำแพงเพชร (กน. สมนึก)	อบรม	1. เพื่อ Update เกี่ยวกับระบบงานสำคัญภายในโรงพยาบาล 2. เพื่อพัฒนาการเขียน Service Profile ของหน่วยงาน	บุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร	57) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 57.1) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 (ร้อยละ 100)											ศูนย์คุณภาพ

ผลการพัฒนาในช่วง 3 ปี

• บริบท

: เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังขาดความรู้เรื่องมาตรฐาน การเขียน unit profile เครื่องมือทางคุณภาพและแผนยุทธศาสตร์

Purpose	Process	Performance
1. เพื่อให้ জন.มีความรู้เรื่องมาตรฐาน การเขียน unit profile เครื่องมือทางคุณภาพ และแผนยุทธศาสตร์	-จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์คุณภาพ (อ.สมจิต)	ทุกหน่วยงานมี unit profile 100% ผลลัพธ์ = 100%
2. สามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้มาใช้งานประจำ	-จัดอบรมมาตรฐาน การเขียน unit profile เครื่องมือทางคุณภาพ (อ.ฉัตรชัย)	
	-จัดอบรมเรื่องสารสนเทศกับการพัฒนาคุณภาพ (พลอากาศตรีทวิพงษ์, น.ท.ภัศพร)	

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- การประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC)
- Spiritual Healthcare Accreditation (SHA)
 - การเจริญสติขณะทำงาน เรื่องเล่าเร้าพลัง (story telling) (deep listening)
 - การสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience survey)
 - การดูแลและเยียวยาผู้ป่วย โดยการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment)

ข้อ ๓) ผลลัพธ์ของการจัดการคุณภาพ

ผลลัพธ์ของการจัดการคุณภาพของสถานพยาบาล แสดงโดยความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้รับบริการต่อสถานพยาบาล ดังนั้น สถานพยาบาลมีการนำเสนอผลลัพธ์ของการจัดการคุณภาพ โดยสังเกตหรือประเมินผลจากข้อย่อย ต่อไปนี้

ข้อ ๓.๑ ความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้รับบริการและประชาชน เช่น

๓.๑.๑ สถานพยาบาลมีการแสดงผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้รับบริการที่มีต่อสถานพยาบาลทั้งในภาพรวมและรายจุดบริการ

๓.๑.๒ สถานพยาบาลมีการรายงานผลการปรับปรุงตามคำแนะนำผู้รับบริการ

๓.๑.๓ สถานพยาบาลสื่อสารหรือแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล

๓.๑.๔ สถานพยาบาลมีแนวทางการเสริมสร้างความมั่นใจของผู้รับบริการและประชาชน เช่น

- มีการจัดทำแผนผังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา
- มีการซ่อมแผนอัคคีภัยประจำปี หรือ การเตรียมความพร้อมในการรับภัยพิบัติต่างๆ
- มีการสื่อสารความปลอดภัยผู้ป่วยในสถานพยาบาล
- มีการแสดงสื่อสัญลักษณ์ให้ผู้รับบริการเข้าใจและสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้

อย่างถูกต้อง

- มีการแจ้งให้ทราบถึงระบบการร้องเรียนเมื่อไม่ได้รับบริการที่เป็นมิตรหรือเป็นธรรม
- มีวิธีการย้ำเตือนความเชื่อมั่นในมาตรฐานที่สถานพยาบาลได้รับการรับรอง เป็นต้น

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มี
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีการดำเนินงาน
๑ คะแนน	มีแผนงานและมีการดำเนินงานเรื่องความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้รับบริการและประชาชน (อย่างน้อย ๑ กิจกรรม) เช่น ๑) การประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุด ๒) การจัดทำ/ติดตั้งช่องทางรับฟังความเห็นผู้รับบริการ ๓) การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ณ จุดบริการ ๔) การจัดบอร์ด/ป้ายแสดงผลการปรับปรุงตามคำแนะนำผู้รับบริการ ๕) การจัดทำป้ายประกาศผู้ให้การสนับสนุนสถานพยาบาลในวาระโอกาสต่างๆ ๖) มีการจัดทำแผนป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยภายในบริเวณสถานพยาบาล ๗) มีการซ่อมแผนป้องกันภัย หรือกิจกรรมเตรียมความพร้อมรองรับความเสี่ยงต่างๆประจำปี ๘) มีรูปแบบการสื่อสารความปลอดภัยผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาล เช่น ภาษาต่างประเทศ รูปภาพ หรือสื่อสัญลักษณ์ที่เข้าใจได้เป็นสากล ๙) มีการติดตั้งหรือแสดงให้เห็นประกาศเกียรติคุณหรือรางวัลด้านคุณภาพมาตรฐานใดๆที่สถานพยาบาลได้รับ

ตัวอย่างเอกสารแนบ

FM-ACD-046-02

Date: 1/05/2565

รายงานการประเมินตนเอง รพ.พิจิตร

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (3 เดือน)
ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥ 85%	80.32	80.83	80.24	81.23	-
ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	≥ 85%	85.17	82.92	84.30	78.37	-
อัตราข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ						
- ผู้ป่วยใน	≤ 0.15	0.09	0.11	0.04	0.04	0.00
- ผู้ป่วยนอก	≤ 0.15	0.12	0.08	0.04	0.03	0.06
						(5 ครั้ง)
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรับบริการผู้ป่วยนอก	100 นาที	92.00	90.00	82.00	84.00	84.00
ร้อยละความพึงพอใจของประชาชน (ระดับดี-ดีมาก) ต่อคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ	> 80%	99.00	82.40	80.00	84.40	-

รายงานการประเมินตนเอง รพ.กำแพงเพชร

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

i. ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565 (ไตรมาส 1)
ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมผู้ป่วยนอกเฉลี่ย	≥85%	83.03	81.20	81.02	85.75	อยู่ระหว่าง
ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอกระดับดี 80% ขึ้นไป			68.60	65.19	84.84	ดำเนินการ
- พฤติกรรมบริการ			65.15	64.34	83.79	
- บริการ			66.53	64.18	84.01	
- สิ่งแวดล้อม			63.73	62.03	79.92	
ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมผู้ป่วยในเฉลี่ย	≥89%	88.58	85.93	85.60	86.60	อยู่ระหว่าง
ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยในระดับดี 80% ขึ้นไป			77.21	73.26	79.82	ดำเนินการ
- พฤติกรรมบริการ			74.74	73.07	78.38	
- บริการ			75.73	72.74	80.10	
- สิ่งแวดล้อม			75.80	69.19	71.11	
อัตราข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการและการบริการทั่วไป	<0.5:1000 ผู้รับบริการ	0.430	0.21	0.13	0.15	0.32
อัตราข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั่วไป	<0.5:1000 ผู้รับบริการ	0.14	0.08	0.02	0.01	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก	<150 นาที	132	163	165	169	อยู่ระหว่างดำเนินการ
- รอคอยทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์						
- รอคอยแพทย์						
- รอรับยา						

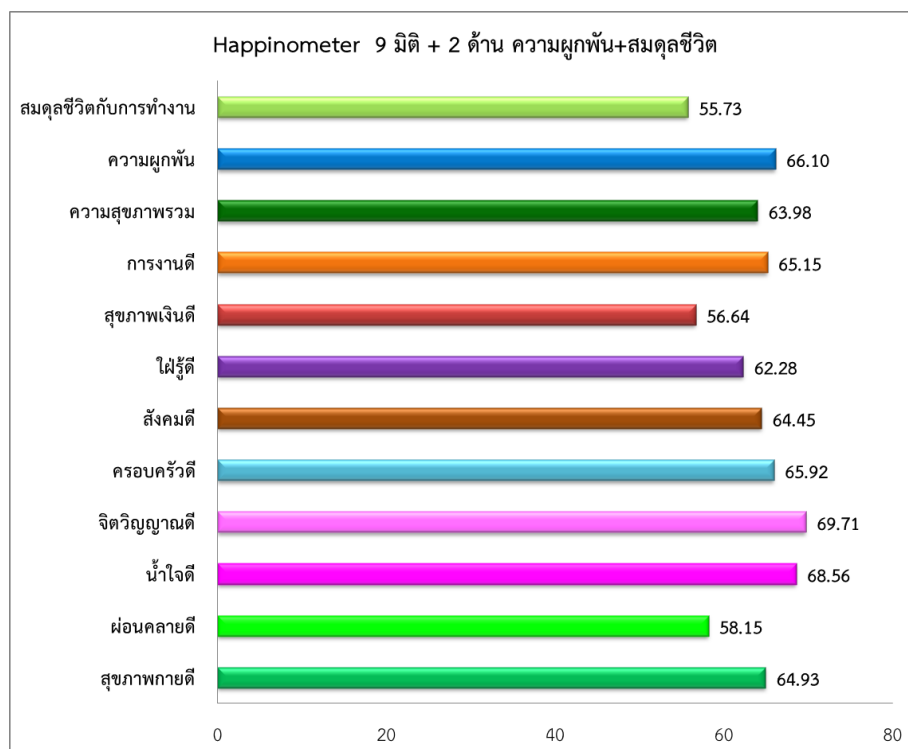
๓.๒ ความสุขและความพึงพอใจของบุคลากรในสถานพยาบาล เช่น

- สถานพยาบาลมีนโยบายเสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
- สถานพยาบาลมีระบบการสื่อสารภายในที่สนับสนุนให้บุคลากรสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลได้อย่างเปิดเผย
- สถานพยาบาลมีนโยบายการเสริมสร้างที่ทำงานสุขภาพดี (Healthy Workplace)
- สถานพยาบาลมีกระบวนการเสริมแรงการทำงานและวัดประเมินความสุขในการทำงานของบุคลากร (Happinometer) หรือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานอื่นใด (ถ้ามี)

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มี
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีการดำเนินงาน
๑ คะแนน	มีแผนงานและมีผลงานที่แสดงถึงความสุขและความพึงพอใจของบุคลากรในสถานพยาบาล พร้อมหลักฐาน (อย่างน้อย ๑ กิจกรรม) เช่น ๑) การประกาศนโยบายของผู้บริหารสูงสุด ๒) การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ๓) การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ๔) การส่งเสริม พัฒนากิจกรรมสื่อสารภายในองค์กรแบบ ๓๖๐ องศา ทั้งกระดานแสดงความคิดเห็น กล่องรับความคิดเห็นรวมทั้ง ช่องทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อจัดการความรู้ที่บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ๕) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะในสถานพยาบาล เช่น อาหารว่างเพื่อสุขภาพระหว่างการประชุม กิจกรรมออกกำลังกายประจำสัปดาห์ การปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตวิญญาณ กิจกรรมสนทนาเพื่อการดูแลสุขภาพองค์รวม การฝึกฝนทักษะใหม่ทางเทคโนโลยีทางการสื่อสาร ฯลฯ ๖) การเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงาน เช่น สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มาตรการป้องกันภัยจากบุคคลภายนอก การปรับปรุงโครงสร้างเพื่อความปลอดภัยในการให้บริการ เป็นต้น

ตัวอย่างเอกสารแนบ





แนวทางการพัฒนา

ลำดับที่	GAP	แนวทางการพัฒนา
1	สุขภาพเงินดี	ภาพรวมได้คะแนน 52 คะแนน เมื่อวิเคราะห์รายการค่าตามพบประเด็นดังนี้ - การออมเงินเพื่อใช้ในอนาคตได้คะแนน 32.9 คะแนน/คำตอบแทนเมื่อเทียบรายจ่ายต่อเดือนได้คะแนน 46.27 คะแนน ข้อเสนอ : - ส่งเสริมกิจกรรมให้ความรู้การเก็บออมเงินเพื่อใช้ในอนาคต เพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านการเงิน - ส่งเสริมการวางแผนการบริหารค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน
2	ผ่อนคลายดี	ภาพรวมได้คะแนน 55.3 คะแนน เมื่อวิเคราะห์รายการค่าตามพบประเด็นดังนี้ - ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ 50.4 คะแนน/มีความเครียด 55.1 คะแนน ข้อเสนอ : - ส่งเสริมกิจกรรม Relax ภายใน sw. - พิจารณาแผนกรอบอัตรากำลังในหน่วยงานที่มีความเครียด

แผนงานและผลงานที่แสดงถึงความสุขและความพึงพอใจของบุคลากรในสถานพยาบาล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ความพึงพอใจของบุคลากร	≥70%	86.57	59.18	53.35	77.27
ความผูกพันของบุคลากร	≥70%	62.27	61.42	64.07	74.76

ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน: เป็นกระบวนการสร้างแรงจูงใจ ให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กร ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความก้าวหน้าในสายอาชีพให้มีความมั่นคง การจัดสวัสดิการดูแลบุคลากรทุกคนอย่างเป็นธรรม ตลอดจนดูแลครอบครัวของบุคลากรตามสมควร สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนา ศึกษาดูงาน เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการดูแลบุคลากรในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ระบาดอย่างหนักด้วยการจัดที่พักอาศัยชั่วคราวให้กับบุคลากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงจัดอาหารให้กับบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอาการรุนแรง จัดทำประกันชีวิตให้กับบุคลากรทุกคน

ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน: เนื่องจากตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมาเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) อย่างหนัก ทำให้มีบุคลากรติดเชื้อเป็นจำนวนมาก จากการสัมผัสผู้ที่มารับบริการด้านการรักษาการทั้งโดยตรงและโดยอ้อม และการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน เช่น ผู้ป่วย/ญาติทำร้ายร่างกาย/จิตใจ ถูกของมีคมทิ่มตำ อุบัติเหตุจากการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ความร้อน แสง เสียง สารเคมี เป็นต้น

๓.๓ ชื่อเสียงของสถานพยาบาล เช่น

- รางวัลคุณภาพหรือประกาศเกียรติคุณด้านมาตรฐานบริการที่สถานพยาบาลได้รับ
- ภาพลักษณ์ที่ดีในการสื่อสารมวลชนต่างๆ
- การได้รับคำชื่นชมหรือกิตติกรรมประกาศต่างๆรวมทั้งความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากชุมชน
- ผลการดำเนินงานที่มีความก้าวหน้า

วิธีการให้คะแนน

๐ คะแนน	ไม่มี
๐.๕ คะแนน	มีแผนงานแต่ไม่มีการดำเนินงาน
๑ คะแนน	มีแผนงานและมีการดำเนินงานที่แสดงถึงชื่อเสียงของสถานพยาบาล (อย่างน้อย ๑ กิจกรรม) เช่น ๑) การสมัครเข้าแข่งขันรางวัลคุณภาพต่างๆ ๒) การสร้างหรือพัฒนาต้นแบบกิจกรรมต่างๆ ๓) การส่งผู้แทนสถานพยาบาลร่วมเป็นกรรมการหรือเครือข่ายต่างๆของชุมชน ๔) การประเมินการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

